

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

243

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1898, à 1 heure

Par JULES HYENNE

Né à Marimont-les-Bourdonnay (Lorraine), le 18 décembre 1873

Ex-Interne des Hôpitaux de Besançon

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph, de Paris.

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

DES

PRINCIPALES DÉGÉNÉRESCENCES

DES

FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. DEBOVE, professeur.

ROGER,

MARFAN, }

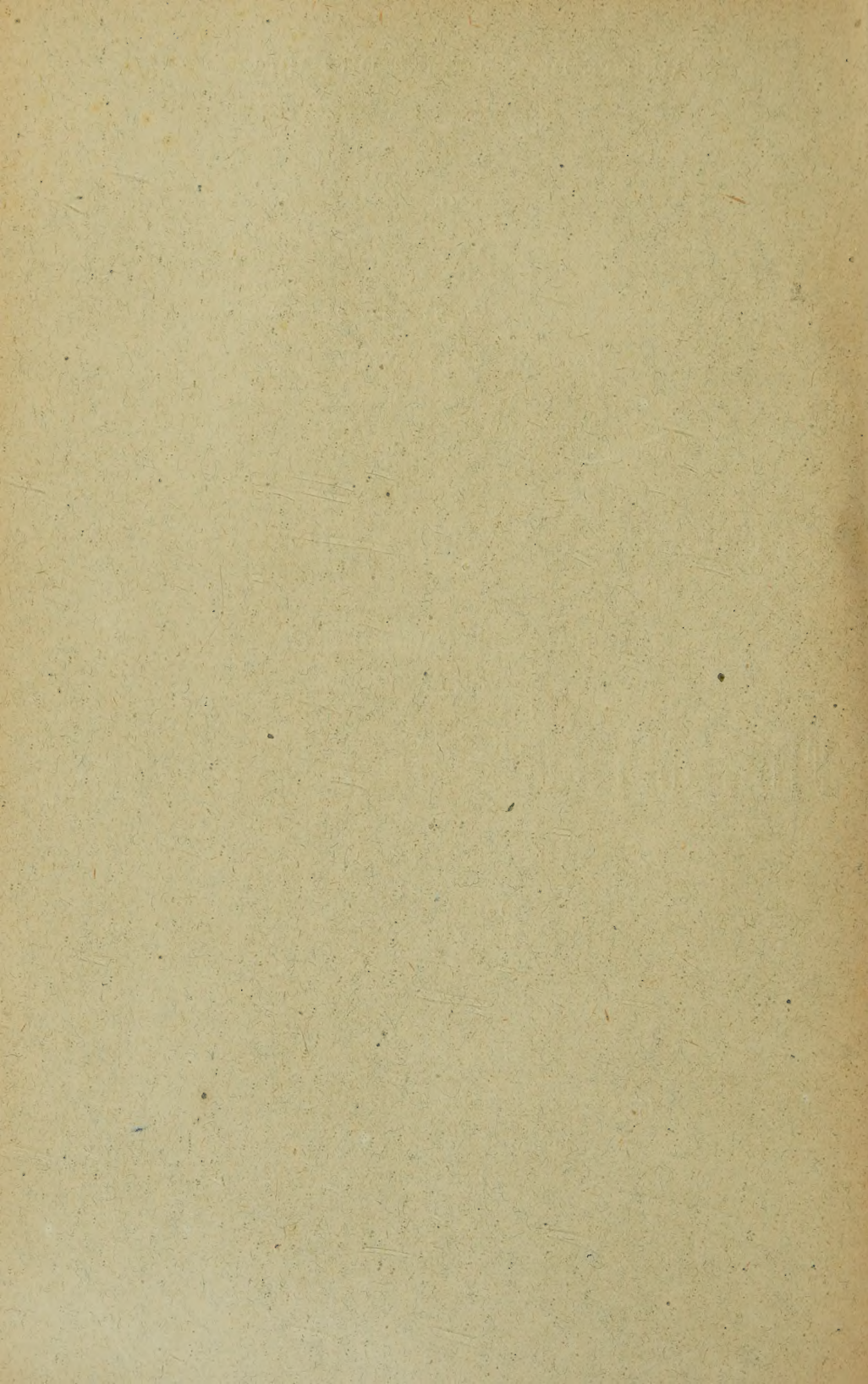
agréés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898



Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1898, à 1 heure

Par JULES HYENNE

Né à Marimont-les-Bourdonnay (Lorraine), le 18 décembre 1873

Ex-Interne des Hôpitaux de Besançon

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph, de Paris.

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE

DES

PRINCIPALES DÉGÉNÉRESCENCES

DES

FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. DEBOVE, professeur.

ROGER,

MARFAN, }

agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILIAUX.
Clinique ophtalmologique.....	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ GUYON.
	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEJM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTETTER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE BESANÇON

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE PARIS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CORNIL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
SÉNATEUR DE L'ALLIER

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, en 1895, au début de notre internat à l'Hôpital Saint-Joseph, d'observer dans le service de notre maître, M. le Dr Le Bec, un cas de fibromyome utérin dégénéré, d'apparence œdémateuse. Depuis cette époque, à la suite des recherches que nous avons faites à ce sujet, et qui avaient attiré notre attention sur les transformations assez fréquentes de ces tumeurs, nous avons recueilli et étudié au double point de vue histologique et clinique un certain nombre d'autres cas. C'est l'exposé de cette étude qui fait l'objet de notre thèse inaugurale.

Nos examens microscopiques ont porté sur près de 800 coupes provenant de 165 pièces prises en différents points de 41 fibromyomes de l'utérus.

Parmi ces tumeurs, la plupart ont été opérées par M. le Dr Le Bec; les autres proviennent de différents chirurgiens, MM. Tillaux, Segond et Michaux; quelques-unes enfin, sont des trouvailles d'autopsie.

Fibromyomes normaux	7
Dégénérescence fibreuse.	5
Dégénérescence calcaire.	3
Dégénérescence œdémateuse	22
Dégénérescence sarcomateuse	2
Nécrose	2

Ainsi qu'on le voit par ce simple exposé, notre thèse est surtout un travail de laboratoire. Nous avons tenu cependant à ne point laisser perdre la partie clinique de nos observations, et nous avons réuni en un court chapitre les quelques remarques qu'elles nous ont suggérées à ce sujet. Notre thèse comprend donc deux parties principales, et est divisée de la manière suivante :

Historique :

I^e Partie : *Anatomie pathologique.*

I. Fibromyome normal.

II. Dégénérescence des fibromyomes.

III. Rôle des vaisseaux.

II^e Partie : *Clinique.*

Conclusions.

Au moment où nous touchons au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir, autorisé par la tradition, profiter de l'occasion qui nous est offerte, pour adresser à tous nos Maîtres l'expression de notre bien sincère reconnaissance.

Notre premier souvenir sera pour l'Ecole de Médecine et l'Hôpital de Besançon. C'est là que nous avons appris les premiers éléments de notre art, base solide de toute éducation sérieuse ; c'est là aussi, qu'en qualité d'interne, nous avons fait nos premiers essais personnels. Nous prions MM. les D^{rs} Saillard, Druhen, Bruchon, Gauderon, Chapoy, Roland, Heitz et Bolot, de vouloir bien accepter l'hommage de notre profonde gratitude ; et nous adressons des remerciements tout particuliers à M. le D^r Coulenot, leur doyen d'âge, qui nous témoigna toujours une sollicitude et une affection toutes paternelles.

Nous adressons également nos remerciements à nos Maîtres éminents des Hôpitaux de Paris. M. le professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker, et M. le D^r Ferrand à l'Hôtel-Dieu, ont bien voulu nous compter au nombre de leurs élèves ; nous sommes heureux d'avoir pu recueillir leur savant enseignement.

La meilleure part de notre connaissance revient à nos Maîtres de l'Hôpital Saint-Joseph. C'est à eux que revint le soin de guider nos dernières années et de compléter notre éducation médicale ; nous n'oublierons jamais avec quel talent et quel dévouement ils l'ont fait.

C'est sous l'inspiration de M. le D^r Le Bec que nous avons entrepris ce travail ; c'est dans son service de gynécologie que

nous avons pu recueillir les éléments qui nous étaient nécessaires pour le terminer ; c'est à son obligeance enfin que nous devons les figures qui l'accompagnent. Pendant le temps que nous avons eu l'honneur d'être son interne, nous avons pu apprécier ses hautes qualités chirurgicales ; nous serons heureux, dans notre pratique personnelle, de suivre toujours les conseils qu'il nous a donnés en maintes circonstances. Qu'il nous permette de lui adresser l'hommage de notre respectueuse affection et de notre profonde gratitude.

Nous devons encore des remerciements à M. le Dr Tison, qui nous témoigna toujours de grandes marques d'intérêt ; à MM. les Drs Monnier, Leroux et Châtellier qui se montrèrent toujours pleins de bienveillance à notre égard.

C'est grâce à l'aide constante et aux conseils éclairés de M. le Dr Meslay, Chef de laboratoire à l'Hôpital Saint-Joseph, que nous avons pu mener à bien ce travail. Nous lui devons tout ce que nous avons appris de bactériologie et d'histologie. Nous le prions de croire à notre affectueuse reconnaissance et d'être persuadé que nous nous souviendrons toujours avec le plus grand plaisir des longues heures passées au laboratoire sous sa haute direction.

M. le Dr Gombault a bien voulu examiner quelques-unes de nos préparations et nous donner des avis que son autorité et sa compétence nous ont rendus précieux ; nous avons été heureux de les suivre.

Enfin M. le professeur Cornil nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous lui adressons tous nos remerciements.

Historique.

La première des dégénérescences des fibromyomes de l'utérus qui ait été connue est la dégénérescence calcaire. Elle fut observée avant même qu'on eût découvert l'existence des tumeurs qui lui donnent naissance ; nous la trouvons déjà signalée dans Hippocrate (1), qui raconte l'histoire d'une servante Thessalienne ayant expulsé par le vagin deux « pierres » de la matrice.

Plus tard, Ambroise Paré (2) et Desgoux de Fobert trouvent également des pierres dans l'utérus ; puis Louis (3) présente à l'Académie Royale de Chirurgie un travail où il avait réuni un grand nombre d'observations de « concrétions calculeuses » de la matrice.

A la même époque, Roux (4) trace de main de maître l'histoire des polypes fibreux, étudie leurs transformations principales, et montre que c'est à l'une de ces transformations qu'il faut rapporter l'histoire des pierres de la matrice.

Morgagni (5) décrit les polypes utérins, qu'il appelle « tubercules squirreux », comme la phase primitive du cancer de cet organe ; leur consistance dure et ferme est pour lui analogue à l'induration qui précède le cancer du sein. Van Swieten partage la même opinion.

Bayle (6) reconnaît l'analogie des « corps fibreux » et des polypes de la matrice ; il montre que les prétendus calculs ont bien leur origine dans le tissu utérin, dont ils sont une trans-

(1) HIPPOCRATE, *De morb. vulg.*, V.

(2) AMBROISE PARÉ, XXIV^e livre. *De la génération*, ch. XLI, Paris, 1579.

(3) LOUIS, Mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice. *Mémoires Acad. Royale de chirurgie*, petite édit., t. II, p. 91.

(4) PH. ROUX, Sur les polypes utérins. *Mélanges de chirurgie*, 1809.

(5) MORGAGNI, lettre XXIX ; *Siège et cause des maladies*, Paris, 1820.

(6) BAYLE, *Journal de Médecine*, t. V, p. 62, 1802 ; Corps fibreux de la matrice, *Dict. des sc. méd. en 60 vol.*, t. VII, 1813.

formation, et surtout, il distingue complètement les tumeurs fibreuses du cancer de l'utérus.

DUPUYTREN (1) le premier, décrit des « dégénérescences » dans les polypes. Pour lui, ces tumeurs sont composées de tissu fibro-celluleux, mais le plus souvent il y a prédominance de l'un des deux éléments fibreux ou celluleux : dans le premier cas, les polypes dégénèrent rarement, et passent alors à l'état « osseux » ; dans le second cas, ils dégénèrent au contraire presque fatalement, et se transforment en « carcinome ». C'est dans les polypes dégénérés qu'on observe ces cavités « dont la surface interne est tantôt lisse et polie, tantôt formée de faisceaux fibreux saillants, comme les colonnes charnues des ventricules du cœur », et qui sont remplies de liquide soit séreux, soit plus souvent sanguinolent, noirâtre, à odeur parfois insupportable.

AMUSSAT (2) quelques années plus tard, dans un mémoire important, étudie les causes et l'origine des tumeurs fibreuses de l'utérus, et décrit quelques-unes de leurs dégénérescences. « Celles-ci, dit-il, ont la même nature, les mêmes caractères, et la même marche que celles qui surviennent dans les autres tissus de nos organes ; ce sont tantôt des ramollissements cancéreux, tantôt des altérations squirrheuses, lardacées ou autres, réunies ou séparées, qui arrivent plus tôt ou plus tard à l'état d'ulcération, et qui ne s'accompagnent de douleurs que lorsque la matrice elle-même participe à l'affection. »

CRUVEILHIER (3) considère les corps fibreux de l'utérus comme des « corps organisés parasitaires, vivant d'une vie propre », « sans aucune continuité de tissu avec l'utérus, dont ils sont isolés par un tissu cellulaire lâche ». Il décrit un certain nombre de *caractères pathologiques* propres à ces tumeurs : l'œdème ou infiltration séreuse, par phlébite adhésive ou oblitérante des vaisseaux veineux ; — l'hémorrhagie consécutive à une rupture

(1) DUPUYTREN, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, Paris, 1839.

(2) AMUSSAT, *Mémoire sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus*, Paris, 1842.

(3) CRUVEILHIER, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 652 à 709, Paris, 1856.

vasculaire ; — l'inflammation et la gangrène, par « défaut de nutrition » ; — la pétrification et la cartilaginification ; — enfin, la formation de kystes, qui sont de deux espèces : les uns irréguliers, sans parois, ou *géodes*, « qui sont la conséquence de l'œdème, dont le liquide infiltré d'abord dans l'épaisseur du corps fibreux se réunit en masse plus ou moins considérable dans une cavité anfractueuse, et dont les parois sont constituées par des lobules dissociés du corps fibreux lui-même » ; les autres, réguliers, ayant des parois propres, susceptibles de dissection. Quant à la dégénérescence cancéreuse, Cruveilhier la déclare impossible ; « les corps fibreux utérins peuvent-ils devenir cancéreux, dit-il ; non, mille fois non, à ce point que lors même que l'utérus tout entier subirait la dégénération cancéreuse, le corps fibreux resterait inaltérable.

A peu près à la même époque, Lebert (1) trouve à l'examen microscopique des fibromes utérins, qu'à l'exemple de Rokitsansky (2) il dénomme « fibroïdes », deux sortes d'éléments : « les uns fibreux et fibro-plastiques, qui servent de lien pour ainsi dire aux colonnes charnues ; les autres, qui composent plus particulièrement ces dernières ». Il décrit également des fibroïdes « mous », infiltrés par une quantité plus ou moins grande de liquide « toujours transparent, tirant légèrement sur le jaune, filant, gluant, qui peut donner à la tumeur l'apparence d'une infiltration œdémateuse ou se rassembler en loges, vacuoles, ou cavités ». Relativement à ces dernières, « on observe tous les intermédiaires entre de très petits kystes lacuneux et des cavités assez considérables pour être confondues avec les kystes de l'ovaire ; elles sont ordinairement lisses et contiennent un liquide transparent, gluant, gélatiniforme ; une fois il y avait une quantité considérable de cholestérine » ; enfin, il n'est pas rare d'y trouver « des produits hémorrhagiques avec toutes leurs variétés de transformation ».

(1) LEBERT, De la structure des fibroïdes de l'utérus. *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1852 ; *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, Paris, 1859.

(2) ROKITANSKY, *Zeitsch. der Ges. der Ac.*, Wien, 1836 et 1842.

Berneaudeau (1), dans sa thèse inaugurale, après avoir rappelé les différentes opinions relatives à l'origine et à la cause des corps fibreux de l'utérus, étudie les transformations que peuvent subir ces tumeurs ; mais il n'en signale que trois : l'induration cartilagineuse (expression mauvaise, puisque, d'après l'auteur lui-même, on ne trouve jamais au microscope de cellules cartilagineuses, mais du tissu fibreux extrêmement dense) ; — la calcification ; — enfin le ramollissement, dû soit à l'inflammation suivie d'abcès dans l'intérieur de la tumeur, soit à la formation des cavités hémorrhagiques par rupture des vaisseaux, déjà signalées par Dupuytren.

Guyon (2), dans sa thèse d'agrégation, donne le tableau des principales dégénérescences déjà connues des tumeurs fibreuses ; il insiste surtout sur le ramollissement et la formation des kystes décrits par Cruveilhier, dont il adopte d'ailleurs les opinions à ce sujet.

Virchow (3) reconnaît la nature musculaire des tumeurs dites fibreuses de l'utérus, caractère qui avait été indiqué depuis longtemps déjà par Vogel (4) et par Lebert ; il leur donne pour cette raison le nom de « myomes ». Puis, dans son ouvrage sur la *Pathologie des tumeurs*, il fait une étude très complète de leur origine, de leurs causes, et surtout de leurs dégénérescences. Parmi celles-ci, il décrit la « métamorphose » graisseuse, qui atteint le tissu connectif aussi bien que le tissu musculaire ; la dégénérescence calcaire, qui débute le plus souvent par les parties centrales de la tumeur ; la dégénérescence carcinomateuse, qu'il admet à l'encontre de Cruveilhier ; la dégénérescence myxomateuse, dans laquelle on observe des cellules arrondies ayant la forme et le volume des corpuscules muqueux, et un liquide renfermant de la mucine ; la dégénérescence sar-

(1) BERNEAUDEAUX, *Des corps fibreux de l'utérus*. Th., Paris, 1857.

(2) GUYON, *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*. Th. agrégation Paris, 1860.

(3) VIRCHOW, *Virchow's Archiv.*, 1854, t. VI, p. 553 ; *Wiener med. Wochenschr.*, 1856, n° 7, p. 100 ; *Pathologie des tumeurs trad.* ARONSSOHN, t. III, p. 339-422, 1871.

(4) VOGEL, *Icones histologiæ path.*, Leipzig, 1845.

comateuse, « sous forme du sarcome à cellules fusiformes et à cellules rondes, avec substance intercellulaire fibreuse ou muqueuse », qui débute par la prolifération en certains endroits de la substance intercellulaire ; enfin la dégénérescence kystique, qu'il considère comme un simple ramollissement du tissu myomateux aboutissant à la formation de cavités sans parois propres.

Jusqu'ici, l'étude des fibromyomes de l'utérus et de leurs dégénérescences avait été faite à peu près uniquement à l'aide de pièces provenant d'autopsies. Nous arrivons maintenant à ce qu'on pourrait appeler la période chirurgicale de ces tumeurs. Nous sommes en effet à l'époque des premières ovariectomies, ce qui nous expliquera comment, pendant quelque temps, les recherches portent de préférence sur les tumeurs fibro-kystiques ; un certain nombre de celles-ci en effet, sont opérées par erreur de diagnostic, non toujours sans succès d'ailleurs, pour des kystes de l'ovaire.

Routh (1), en Angleterre, dans une série de leçons et d'articles, distingue nettement les tumeurs fibreuses à géodes des tumeurs fibro-kystiques, qu'il nomme « pseudo-kystes », sans montrer d'ailleurs qu'il base sa différence sur des études anatomiques ou histologiques.

Paget (2) explique la formation de ces tumeurs fibro-kystiques par un ramollissement local, une liquéfaction de certaines parties de la tumeur, avec effusion de liquide dans la portion affectée.

Bryant Thomas (3) pense qu'elles sont dues à la dégénérescence graisseuse du tissu fibreux œdématié dans lequel se forment des accumulations de liquide qui restent béantes.

Billroth en Allemagne, les considère au contraire comme des espaces lymphatiques énormément dilatés.

(1) ROUTH, Clinical Lectures, *The Lancet*, 1863. *Memoire on some points connected with the pathology of fibro-cystic tumour*. London, 1863.

(2) PAGET, *Lectures of surgical Path.*, 1863.

(3) BRYANT THOMAS, *Transaction of the London obstetrical Society*, 1872, t. XIV.

C'est également l'opinion de Kœberlé (1), qui décrit en outre des fibromyomes ramollis par inflammation et suppuration, où l'on peut observer des foyers hémorrhagiques, et enfin, dans des cas très rares, une infiltration œdémateuse totale du néoplasme.

Dans son *Traité des tumeurs*, Broca (2) nous ramène à l'étude véritablement anatomo-pathologique des fibromyomes de l'utérus, qu'il nomme « hystéromes » pour bien montrer qu'ils ont la même structure que le tissu utérin lui-même. Ces tumeurs peuvent subir « soit par suite de leur accroissement, soit par suite de leur ancienneté », un certain nombre d'altérations qui sont : l'infiltration œdémateuse, donnant souvent naissance à des cavités par accumulation du liquide ; l'induration calcaire, fréquente dans les tumeurs anciennes et due à un défaut de nutrition ; l'inflammation et la suppuration du tissu conjonctif intermédiaire entre les parois utérines et l'hystérome, qui peut déterminer la gangrène générale ou partielle de ce dernier ; enfin, la formation de kystes qui sont de deux espèces : les uns constitués par les géodes succédant au ramollissement de la tumeur, sans parois propres, les autres entourés d'une membrane isolable.

Quelques années plus tard, Cornil et Ranvier (3) dans leur *Manuel d'histologie pathologique*, décrivent, au sujet des fibromes et des myomes en général, les mêmes altérations, en donnant à cette étude quelques développements.

Nous arrivons maintenant aux ouvrages classiques, comprenant les *Dictionnaires* et les *Traités de médecine et de chirurgie* qui leur ont faite suite.

Déjà en 1776, Hénocque (4) donnait, dans le *Dictionnaire en-*

(1) KÖEBERLÉ, Documents pour servir à l'histoire des tumeurs fibreuses de la matrice, Strasbourg, 1864. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1864 ; *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1869.

(2) BROCA, *Traité des tumeurs*, t. II, 1869.

(3) CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathologique*, articles Myome et Fibrome, Paris, 1876.

(4) HÉNOQUE, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Lio-myome, t. 54, Paris, 1876.

cyclopédique des sciences médicales, une bonne étude de la question ; le même ouvrage renferme encore l'excellente description de De Sinéty (1) à propos des tumeurs de l'utérus.

Nous trouvons ensuite l'article de Siredey et Danlos (2), dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* ; les remarquables chapitres de Quénu (3) et de Delbet (4) dans le *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus* ; celui de Delbet (5) dans le récent *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu ; enfin celui de Pozzi (6) dans son *Traité de gynécologie*.

Dans l'intervalle, nous trouvons quelques publications se rapportant aux fibromyomes de l'utérus ou à leurs dégénérescences, parmi lesquelles nous citerons la thèse de Sévastopoulo (7), celle de notre maître le Dr Le Bec (8), et l'article de Doléris (9) dans les *Archives de Tocologie*.

Enfin, il nous reste à signaler, à côté de multiples observations publiées dans divers journaux ou revues, un certain nombre de travaux parus depuis ces dernières années, en France et à l'Etranger : les principaux sont ceux de Pilliet (10), qui ont inspiré la thèse de son élève Costes (11), ceux de Orth et de

(1) DE SINÉTY, *Dict. encyclopédique des sc. médicales*, art. Utérus, t. 99. Paris, 1886.

(2) SIREDEY et DANLOS, *Dict. de médecine et de chirurgie pratique*, art. Utérus, t. 37, Paris, 1888.

(3) QUÉNU, Tumeurs : myome et fibrome, *Traité chir. de Duplay et Reclus*, Paris, 1891 et 2^e édition, 1897.

(4) PIERRE DELBET, Chap. fibromyome, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VIII, p. 417-466, Paris, 1892.

(5) PIERRE DELBET, Chap. myome et fibrome, *Traité de chirurgie clinique de Le Dentu et P. Delbet*, t. I, p. 531-543, Paris, 1896.

(6) S. POZZI, *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, p. 260 à 268, Paris, 1897.

(7) SÉVASTOPOULO, *Des hystéromes ou des tumeurs dites fibreuses de l'utérus*. Th. Paris, 1875.

(8) LE BEC, *Etude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus*. Th. Paris, 1880.

(9) DOLÉRIS, Contribution à l'histoire des myomes malins. *Arch. de Tocologie*, 1883.

(10) PILLIET, *Société de Biologie*, 1894 ; *Société anatomique*, 1894-95-96 ; *Tribune médicale*, 1895.

(11) COSTES, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromyomes de l'utérus et de ses annexes*. Th. Paris, 1895.

Pick, en Allemagne ; celui de Paviot et Bérard (1), de Lyon, le dernier qui ait été écrit sur la question qui nous occupe.

Les idées exprimées par ces auteurs sont trop dissemblables et trop importantes pour que nous puissions les résumer ; nous aurons d'ailleurs à les indiquer et à les discuter plus longuement au cours de cette étude.

(1) PAVIOT ET BÉRARD, Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. *Archives de méd. expérimentale*, nos 4 et 5, juillet et septembre 1893.

PREMIÈRE PARTIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ayant à décrire les lésions histologiques dues aux dégénérescences des fibromyomes de l'utérus, il nous a paru rationnel de commencer d'abord par étudier le fibromyome normal, afin de mieux saisir, s'il était possible, le point de départ et l'évolution de ces lésions. Nous avons donc divisé notre chapitre d'Anatomie pathologique de la façon suivante : la première partie comprend l'étude du fibromyome normal et de son développement ; la seconde, la plus importante et la plus étendue, est le résultat de nos recherches relatives aux principales dégénérescences de ces tumeurs ; enfin, la troisième renferme quelques considérations sur le rôle des vaisseaux dans leur évolution.

Mais avant d'aborder cette description, nous croyons utile d'indiquer brièvement la technique que nous avons suivie pour l'examen de nos pièces.

Technique. — D'abord, aussi souvent que cela nous a été possible, nous avons recueilli les fragments de la tumeur aussitôt après l'extirpation, de manière à fixer les éléments cellulaires pour ainsi dire à l'état vivant, et dans leur véritable forme.

Pour cela, nous avons essayé divers liquides fixateurs. Le *Liquide de Müller* et le *Formol* ne nous ont pas donné de bons résultats, et nous avons renoncé à nous en servir après un premier essai : en effet, le *Liquide de Müller*, outre le temps assez long qu'exige son emploi, est souvent très gênant pour la colora-

tion ; quant au Formol, s'il a l'avantage de durcir les pièces rapidement, il empêche également l'action des réactifs colorants ; cet inconvénient ne disparaît qu'après un lavage prolongé dans l'eau, dont l'effet est de gonfler les tissus et de déformer les cellules.

Notre fixateur de choix a été l'*alcool*, dont nous avons toujours été très satisfait, et que nous avons employé pour toutes nos pièces ; celles-ci, maintenues au-dessus du fond du flacon par une couche d'ouate, étaient plongées d'abord dans l'*alcool au tiers*, que nous renforçons progressivement, de manière à arriver en quelques jours à l'*alcool absolu* ; un séjour de 48 heures dans ce dernier terminait le durcissement et la deshydratation : nos pièces étaient prêtes pour l'inclusion.

Nous avons fait celle-ci à la *celloïdine*, qui, avec le microtome de Jung, nous a donné des coupes suffisamment minces. Cette substance a d'ailleurs sur la paraffine plusieurs avantages : elle n'est pas cristallisable, l'imbibition peut donc s'opérer graduellement et sans l'aide de la chaleur ; elle permet la coloration par les teintures histologiques ordinaires (carmin, hématoxyline, etc.), et le montage des coupes dans la glycérine ou le baume, sans qu'il soit nécessaire de la dissoudre au préalable, car elle ne se colore pas et demeure parfaitement transparente et homogène ; enfin, elle donne de bonnes coupes même avec des pièces un peu larges, où l'emploi de la paraffine serait très difficile, sinon impossible.

Nous avons obtenu le durcissement de la celloïdine par évaporation lente, suivie d'un traitement par l'alcool. A cet effet, nos pièces, incluses dans des boîtes de carton, étaient placées dans un cristalliseur fermé par une plaque de verre laissant pénétrer très peu d'air ; au bout de deux ou trois jours, nous versions au fond de ce vase une légère couche d'alcool à 90°, qui baignait la partie inférieure des boîtes ; le durcissement était ordinairement complet deux jours après.

Nous avons employé pour la *coloration* les réactifs ordinaires en usage dans les laboratoires, en choisissant de préférence

ceux qui donnent une double teinte. Après un certain nombre d'essais, nous nous sommes arrêtés à l'*hématoxyline-éosine* qui nous a servi dans la plupart des cas ; ces substances permettent, du moins pour le tissu musculaire et conjonctif, un examen très facile au microscope, et sont d'une technique simple. C'est ce dernier avantage qui nous a fait les préférer au *picro-carmin de Ranvier* que nous avons employé d'abord. Nous avons abandonné également le *picro-carmin de Orth*, qui donne il est vrai des colorations très agréables à l'œil, mais peu nettes au point de vue de l'analyse microscopique. Enfin, dans quelques cas, nous avons fait usage du *carmin à l'alun de Grenacher*, et du *carmin de Ilenneguy* ; ce dernier, dont la puissance de pénétration est très grande, nous a été utile pour certaines coupes de tissus mortifiés, prenant mal les autres réactifs.

Après le lavage à l'eau et la déshydratation à l'alcool absolu, nous avons en général éclairci à la *créosote* ; puis l'excès de cette dernière étant enlevé par quelques gouttes de *xytol*, nous avons monté la plupart de nos coupes au *baume de canada au xytol*. Seules, celles que nous avons colorées au *picro-carmin de Ranvier* ont été montées à la *glycérine formique* (à § p. 100).

Ces quelques points de technique exposés, entrons maintenant directement dans notre sujet.

CHAPITRE PREMIER

Le fibromyome normal.

On donne le nom de fibromyomes à des néoplasmes de l'utérus ordinairement bénins, c'est-à-dire qui ne sont point susceptibles de se généraliser (1) et d'infecter l'économie, et dont la structure se rapproche de celle du tissu utérin lui-même. Connus et étudiés depuis longtemps, en raison de leur fréquence, ils ont été désignés sous des noms très divers que nous avons rappelés dans notre historique, et qui correspondent aux idées qu'avaient les auteurs sur leur disposition et leur structure.

Nous n'insisterons point sur les notions générales relatives à la fréquence, au nombre, au volume, à la forme, et au siège des fibromyomes utérins ; ces détails sont trop connus et se trouvent dans tous les ouvrages classiques. D'ailleurs, qu'ils soient petits ou volumineux, qu'ils soient sessiles ou pédiculés, qu'ils soient développés dans le col ou le corps de l'utérus,

(1) Cependant la littérature renferme quelques exemples de généralisation de fibromyomes normaux. En voici trois cas signalés par JURGENS, Ueber fibroma malignum, *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 34, p. 493, 22 août 1881).

Dans le premier cas, il existait dans le ligament large gauche une tumeur grosse comme une tête d'enfant adhérente au côté correspondant du bassin et s'accompagnant d'une hypertrophie des ganglions du mésentère et du hile rénal. *Ces ganglions examinés au microscope représentaient des fibromyomes en miniature*. En même temps, l'utérus contenait plusieurs fibromyomes interstitiels.

Le second cas se rapporte à une femme qui avait depuis dix ans des tumeurs du bassin ; celles-ci se mirent tout à coup à grossir rapidement et entraînèrent la mort par pyélo-néphrite et péritonite. A l'autopsie, outre la masse du bassin, on trouva d'innombrables nodosités sur le péritoine, les intestins, les reins et les poumons. *Partout, il s'agissait de fibromyomes purs*.

Dans le troisième cas, le point de départ du fibromyome était soit dans le ligament large, soit dans l'ovaire, et il existait des métastases dans l'épiploon, le foie et le péritoine.

qu'ils soient sous-péritonéaux, sous-muqueux ou interstitiels, les fibromyomes ont toujours une structure analogue ; ainsi que leur nom l'indique, ils sont toujours composés, en proportions d'ailleurs variables, de tissu musculaire et de tissu fibreux. C'est là le seul fait intéressant au point de vue de notre travail.

A l'œil nu, ils apparaissent constitués par un tissu dense, blanc nacré en certains endroits, rosé en d'autres ; la surface de la coupe est en général bosselée par des nodules plus ou moins arrondis qui font une légère saillie comme s'ils étaient comprimés par le tissu environnant. Ces nodules semblent formés de fibres disposées en spirale autour de leur centre, et dessinant des sortes de *tourbillons*, suivant l'expression admise. Ils sont séparés entre eux par du tissu plus ferme qui les limite, et envoie quelquefois des travées en leur intérieur.

Les fibromyomes renferment des artères, quoi qu'en ait dit Cruveilhier (1), qui avait examiné surtout des tumeurs anciennes, recueillies aux autopsies de la Salpêtrière, et ayant pour la plupart subi l'évolution fibreuse ; on y trouve également des veines et des capillaires.

L'existence des lymphatiques n'est pas moins certaine ; c'est même dans ces vaisseaux dilatés à l'excès que Billroth, Kœberlé, et Le Bec ont placé l'origine des tumeurs fibro-kystiques. Nous-même avons observé sur deux cas des lymphatiques sous-séreux hypertrophiés, gros comme le pouce, analogues à ceux qui ont été signalés par Poirier (2).

Enfin, des nerfs ont été décrits dans les fibromyomes par Astruc, Dupuytren, Bidder, Hertz (3), qui a étudié leur mode de terminaison dans les noyaux des fibres lisses, et Hanot (4), qui a observé de véritables plexus nerveux formés de branches dont les dimensions atteignaient « celles des rameaux qui constituent le plexus cervical superficiel ».

(1) CRUVEILHIER, *Traité d'anatomie pathol. générale*, t. III, p. 671.

(2) POIRIER, Corps fibreux utérin, *Bulletin de la Soc. anat.*, Paris, juillet 1896, p. 371.

(3) HERTZ, *Virchow's Arch.*, 1869, vol. LXVI, p. 235.

(4) HANOT, *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1873.

Les connexions des fibromyomes avec le tissu utérin sont très variables. Très souvent, les corps fibreux sont séparés du parenchyme de l'utérus par une zone de tissu cellulaire lâche, comme l'avait déjà reconnu Cruveilhier (*loc cit.*, p. 670), et grâce à laquelle on peut les décortiquer facilement. Mais il n'est point rare de trouver des tractus fibreux plus ou moins épais, vasculaires, unissant le tissu de l'utérus et du fibromyome ; parfois même, il n'existe plus de trace de démarcation appréciable. Au contraire, les polypes pédiculés présentent le minimum de connexions.

Examinés au microscope, les fibromyomes sont constitués par des faisceaux musculaires lisses, coupés les uns parallèlement, les autres perpendiculairement à leur direction, et séparés par des travées de tissu conjonctif. Celui-ci est plus abondant à la périphérie des nodules fibromyomateux : il se reconnaît à ses fibrilles plus ou moins serrées, au milieu desquelles on aperçoit des cellules à petits noyaux, très différentes de celles du tissu musculaire dont les gros noyaux rarement arrondis, en général polyédriques, sont entourés d'une masse protoplasmique plus claire. Les vaisseaux occupent le tissu conjonctif ou le tissu musculaire ; dans ce dernier cas, ils sont très souvent le centre des nodules fibromyomateux, et c'est autour d'eux que semblent se faire les tourbillons dont nous avons parlé.

Nous compléterons cette description par l'examen d'une de nos pièces ; pour ne point allonger inutilement cette partie de notre travail, nous ne donnerons qu'une seule des 7 observations de fibromyome normal que nous avons étudiées et qui sont à peu près semblables.

OBSERVATION 1.

Fibromyome normal.

Madame P..., âgée de 48 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 2 octobre 1897, dans le service du Dr Le Bec.

A. H. Père mort de tuberculose pulmonaire à 67 ans ; mère morte tabétique à 69 ans.

A. C. Une des sœurs de la malade a été opérée il y a 6 ans, à 42 ans, par M. Le Bec, pour un gros fibrome ; elle a très bien guéri.

Une autre de ses sœurs, la plus jeune, a été opérée également pour fibrome, il y a quelques années, dans une clinique où elle est morte deux jours après l'opération.

Notre malade est l'aînée.

A. P. Menstruation à 13 ans ; règles toujours régulières.

Six enfants ; grossesses et accouchements normaux ; le dernier a 14 ans.

Au mois d'avril 1895, ont débuté les troubles du côté des règles ; celles-ci sont plus abondantes, durent plus longtemps (10 jours au lieu de 6) et reviennent parfois tous les 5 jours ; elles sont souvent douloureuses.

Depuis trois mois, il y a un peu d'œdème des jambes, surtout après la fatigue, une constipation assez rebelle, et, par intervalles, de la polyurie.

Examen de la malade, le 3 octobre 1897. — Par le toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac postérieur une tumeur dure, arrondie, du volume d'une très grosse orange. Le col et le corps utérin sont repoussés en avant.

On trouve difficilement cette tumeur par le palper abdominal. La cavité utérine mesure 8 centimètres à l'hystéromètre.

L'état général est assez bon. Rien dans les urines.

Diagnostic : fibriomyome utérin.

Opération le 8 octobre 1897. Hystérectomie vaginale ; pincés. Pas d'incidents.

La malade sort guérie le 26 octobre 1897.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Fibromyome développé aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus, de forme arrondie, avec quelques légères bosselures, de consistance dure, élastique.

A la coupe, la tumeur apparaît constituée par une capsule d'enveloppe peu dure ayant 12 à 1 centimètre d'épaisseur suivant les points, dans l'intérieur de laquelle se trouve le tissu fibromyomateux, plus dense, criant sous le scalpel. On aperçoit nettement des sortes de nodules plus ou moins arrondis ou ovoïdes, rosés, renfermant la coupe de quelques vaisseaux visibles à l'œil nu ; ils sont entourés par des travées fibreuses blanchâtres, nacrées, plus dures, qui s'insinuent entre eux et les séparent.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Prises à la périphérie de la tumeur. — Elles sont constituées par une capsule composée de tissu conjonctif sous forme de fibrilles minces et allongées, dans

l'intervalle desquelles on aperçoit quelque noyaux ; au milieu de ces fibrilles, existent quelques bandes ou quelques ilots de fibres musculaires coupées longitudinalement ou en travers, et facilement reconnaissables à leurs noyaux bien colorés.

De la capsule fibreuse, partent des travées conjonctives, les unes épaisses et larges, les autres très minces, qui se dirigent en divers sens, mais qui tendent toutes à gagner le centre de la tumeur. Ces travées circonscrivent les nodules fibromyomateux qui sont renfermés en leur intérieur. Ceux-ci sont formés de faisceaux de fibres musculaires lisses, coupés perpendiculairement ou parallèlement à leur direction, ayant des noyaux arrondis ou allongés, entourés d'une couche de protoplasma bien net.

Les vaisseaux siègent surtout dans l'intérieur des nodules fibromyomateux, dont ils occupent le plus souvent le centre ; on en trouve aussi dans les intervalles de tissu conjonctif. Ce sont quelquefois des vaisseaux adultes, entourés d'une couche de fibres musculaires concentriques très nette et parfois assez épaisse ; mais souvent on observe des capillaires, constitués seulement par une couche de cellules endothéliales et poussant des pointes d'accroissement vers la périphérie du nodule.

2^e Série de coupes. — Prises au centre de la tumeur. — On n'y reconnaît plus facilement, comme à la périphérie, la structure nodulaire que nous venons de signaler. On aperçoit de larges placards fibromyomateux dans lesquels le tissu conjonctif semble mêlé sans aucun ordre aux cellules du tissu musculaire. Les mêmes vaisseaux, adultes ou jeunes, apparaissent en ces points. Toutefois, au faible grossissement du microscope, on retrouve encore la disposition générale en tourbillons décrite par les auteurs.

Nous arrivons maintenant à l'étude de l'histogénèse des fibromyomes de l'utérus.

Walther, Blandin, Velpeau (1) attribuaient leur développement à l'organisation, dans le tissu utérin « d'une goutte de sang, de lymphe plastique, de pus même ».

Cambernnon (2) les regardait comme des tumeurs formées aux dépens « d'ovules arrêtés hors des voies de leur parcours normal ».

(1) VELPEAU, *Dict. en 30 vol.*, Paris, 1842, t. XXVI, p. 174.

(2) CAMBERNON, *Gazette médicale de Paris*, 1844.

Cruveilhier (*loc. cit.*), nous l'avons vu, considérait les fibromyomes comme « des corps organisés parasitaires vivant d'une vie propre, sans continuité de tissu avec l'utérus, et se développant à la manière des entozoaires ». Toutefois, il ne lui « répugne pas d'admettre qu'ils sont formés aux dépens des fibres utérines elles-mêmes », tout en faisant bien la différence qui existe entre le corps fibreux et l'hypertrophie du tissu de l'utérus, « car il y a là non une simple exagération de la nutrition, mais bien métamorphose et production de tissu ».

Fœrster (1) croyait à leur développement par segmentation des cellules musculaires de l'utérus.

Plus récemment, Cornil et Ranvier (*loc. cit.*, t. I, p. 275) s'élèvent contre cette dernière opinion. D'après eux, le tissu des myomes résulte toujours « d'une néoformation de cellules musculaires, et non de l'hypertrophie des cellules musculaires préexistantes ; comme toute cellule fixée dans sa forme, la cellule musculaire ne montre jamais de division de son noyau ni de segmentation de la cellule ».

Klebs (2) place l'origine des fibromyomes dans une prolifération des tissus conjonctif et musculaire de certains vaisseaux ; il se produit ainsi des nodules qui s'agglomèrent pour constituer la tumeur.

Rœsger (3) partage la même opinion.

Kleinwächter (4) attribue leur évolution à la présence de cellules rondes qui se trouvent autour des capillaires en voie d'oblitération, et qui se transforment d'abord en cellules fusiformes, puis se groupent en nodules.

Dolérís (5) pense que la disposition lobulée des fibromes est une notion incontestable, qui « répond d'ailleurs au mode

(1) FÖRSTER, *Handbuch der pathologische Anatomie*, Leipzig, 1865, t. I, p. 342.

(2) KLEBS, *Handbuch der path. Anat.* Berlin, 1876, Bd I, II Abth., p. 884.

(3) RÖESGER, Ueber Bau und Entstehung des myoma uteri. *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, I.

(4) KLEINWÄCHTER, *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1883, Bd IX, p. 68.

(5) DOLÉRIS, *Archiv. de toxicologie*, 1883, p. 75.

d'accroissement qu'ils subissent ». Les vaisseaux occupent une disposition centrale : c'est autour d'eux que se fait l'hyperplasie des éléments, d'une manière excentrique assez régulièrement circulaire.

Gottschalk (1), conciliant plusieurs opinions, admet une prolifération artérielle, à laquelle se surajoute rapidement la prolifération des éléments cellulaires des tissus voisins de l'artère.

Enfin, Pilliet (2) se prononce en faveur de l'origine vasculaire des fibromyomes ; ses idées se trouvent exposées avec tout leur développement dans la thèse de M. Costes (3). Nous avons pu vérifier plusieurs fois cette théorie sur nos pièces ; aussi, nous nous y rallions complètement.

Le fibromyome de l'utérus semble donc provenir des capillaires utérins dont l'endothélium reste intact, mais dont l'adventice donne naissance à une zone de cellules embryonnaires qui se multiplient et se développent pour constituer des rangées successivement concentriques de fibres musculaires lisses, orientées autour du vaisseau, les plus jeunes repoussant progressivement les plus âgées vers la périphérie. En même temps, les capillaires émettent des pointes d'accroissement autour desquelles se forment de nouveaux nodules, suivant le même processus.

Quant au tissu fibreux qui se trouve intercalé dans ces tumeurs, il se développe de la façon suivante. Lorsqu'un grand nombre de couches musculaires se sont formées autour des capillaires, les plus périphériques d'entre elles, éloignées du vaisseau, ne reçoivent plus le sang en quantité suffisante pour continuer à vivre normalement ; aussi disparaissent-elles peu à peu et sont-elles remplacées par des faisceaux du tissu fibreux.

(1) GOTTSCHALK, Ueber die Histogenese und Oetiology der uterusmyomen. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd XLIII, p. 534.

(2) PILLIET, Une hypothèse sur l'origine des fibromes utérins. *Bull. Société anatomique*, janvier 1894, p. 4.

(3) COSTES, *Recherches anatomo-pathologiques sur l'évolution des fibromyomes de l'utérus et de ses annexes*. Th. Paris, 1895.

En somme, « le fibromyome est d'origine vasculaire ; il est au début uniquement formé de tissu musculaire ; le tissu fibreux n'étant formé que postérieurement » (Costes, *loc. cit.*, p. 41).

Plus récemment, Pilliet (1) a admis, du moins pour certains cas, une autre théorie. « J'ai rencontré trois fois, dit-il, une variété de fibromes dont l'origine inflammatoire est très nette. Cette variété se développe autour de la trompe de Fallope dans son trajet intra-utérin, *lorsque cette trompe est enflammée*. Les bourgeons épithéliaux partis de la trompe rayonnent et se multiplient dans la profondeur de l'utérus ; ils sont entourés de portions de tissu presque entièrement fibrosées, de petits blocs fibreux dans lesquels les fibres musculaires ont disparu. Entre ces blocs circulent les vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés et entourés de cellules inflammatoires en plus ou moins grande quantité. Le noyau scléreux ainsi formé s'enkyste comme un fibrome ordinaire.

« L'histoire de cette affection paraît donc simple ; elle n'influence pas l'hypothèse que j'ai défendue l'an dernier, du développement du fibromyome par la prolifération angiomateuse du réseau vasculaire de l'utérus ; l'infection sert seulement de point de départ, de cause à la prolifération des vaisseaux. »

Legueu et Marien (2) ont vérifié également le rôle joué par l'inflammation, mais celle-ci, dans le cas qu'ils ont observé, avait son point de départ dans la muqueuse utérine. Ils avaient étudié trois petits fibromes de la grosseur d'une noix, développés dans la paroi utérine et superposés l'un au-dessus de l'autre, le premier étant sous-muqueux ; ces fibromes présentaient tous les trois des traces d'inflammation diminuant à mesure qu'on s'éloignait de la muqueuse. Ils en ont conclu qu'une inflammation partie de la muqueuse s'était propagée au

(1) PILLIET, Note sur la pathogénie d'une variété de fibromes intra-utérins. *Soc. de biologie*, 7 mars 1895.

(2) LEGUEU et MARIEN, Des éléments glandulaires dans les fibromyomes de l'utérus. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897, p. 136.

tissu sous-muqueux et y avait déterminé la prolifération et l'hyperplasie des éléments musculaires et fibreux qui le constituent. Cette inflammation en gagnant directement le tissu sous-muqueux avait amené la production de la tumeur sous-muqueuse ; quant au développement des deux autres tumeurs, il leur paraissait dû à la propagation de l'inflammation de proche en proche ou par l'intermédiaire des vaisseaux.

Enfin, Ricker (1) signale une autre étiologie, qui doit être bien rare, il est vrai. Il avait observé deux myomes utérins provenant de femmes âgées, situés sous le revêtement péritonéal, du côté du fond de l'utérus et séparés de la muqueuse utérine par toute l'épaisseur de la tunique musculuse. Sur la coupe, ils présentaient chacun une vingtaine de canaux à direction parallèle et dont l'une des extrémités s'ouvrait librement sous la tunique séreuse. Ces tubes étaient revêtus d'un épithélium dont les cellules formaient une rangée ou étaient disposés sur deux ou trois assises. Les tubes épithéliaux étaient réunis par un tissu conjonctif à structure analogue à celle de la muqueuse utérine. De plus, on voyait des trainées de fibres musculaires lisses parcourir la tumeur.

La situation et la structure de ces tumeurs ne peuvent s'expliquer que par le développement ; elles représentent l'extrémité inférieure du corps de Wolf (paroophoron), qui, pour des causes inconnues, a subi une évolution anormale.

Nous avons vu aux dépens de quels éléments se développe le fibromyome ; il serait intéressant de savoir exactement sous quelle influence se fait ce développement. Malheureusement nos connaissances à ce sujet sont encore peu étendues, et les hypothèses d'irritation, d'inflammation, déjà émises par Amussat et Broussais, ne sont peut-être pas suffisantes.

Galippe et Landouzy (2) ont cru trouver dans la présence

(1) G. RICKER, Beitrage zur OEtologie der Uterusmyomen. *Arch. für path. Anat.*, CXLII, 2, 1897.

(2) GALIPPE et LANDOUZY, Note sur la présence de parasites dans les tumeurs fibreuses utérines, *Soc. biologie*, 18 février 1887.

de microbes la cause déterminante des fibromyomes « apparaissant comme le résultat d'une irritation proliférative provoquée par une épine parasitaire ». Dans deux corps fibreux utérins soigneusement stérilisés à la surface et coupés avec un couteau aseptique, des fragments du centre ensemencés dans divers liquides de culture ont donné des microcoques sphériques réunis deux à deux, en amas volumineux ou en longs chapelets ; enfin, des bâtonnets, soit isolés, soit réunis deux à deux ou formant de longs filaments.

Nous avons répété cette expérience à trois reprises différentes, en prenant également toutes les précautions d'asepsie nécessaires ; bien plus, nous avons ensemencé, ainsi que nous le verrons plus loin, divers liquides extraits de fibromyomes en voie de dégénérescence, par conséquent plus susceptibles que les tumeurs normales de renfermer des microorganismes. Dans tous les cas nos cultures ont été stériles.

L'opinion de Galippe et de Landouzy ne paraît pas d'ailleurs avoir été admise ; nous ne la trouvons même pas signalée dans les récents travaux.

Il nous reste, en terminant, à dire quelques mots de l'influence de la grossesse sur les fibromyomes utérins. En général, celle-ci amène un accroissement rapide de la tumeur (1), avec hypertrophie et hyperplasie des fibres musculaires.

Doléris (*loc. cit.*) a noté en outre une apparence lacunaire générale, une lobulation plus marquée et un épaississement des cloisons interlobulaires, constituées par un tissu peu dense.

Après l'accouchement, il y a quelquefois retour à l'état primitif, mais il est de règle que le fibromyome conserve un volume plus considérable que celui qu'il avait à la conception. Très rarement, on observe une atrophie notable et surtout la disparition de la tumeur ; par contre, on trouve assez souvent, comme l'a

(1) CHABBAZIAN, *Des fibromes au point de vue de la grossesse*, Th. Paris, 1882.

décrit Cornil (1), des foyers de ramollissement et de mortification dus à la compression exercée par les faisceaux musculaires hypertrophiés, et analogues à ce que nous étudierons plus loin.

(1) CORNIL, Sur les altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse. *Bull. Acad. méd.*, 7 février 1893.

CHAPITRE II

Dégénérescences des fibromyomes.

Le mot « dégénérescence » que nous conservons à l'exemple de la plupart des auteurs serait peut-être inexact si nous le considérions au sens propre qu'on lui attribue en Anatomie pathologique. Nous l'employons dans son interprétation étymologique la plus large de changement, de « *transformation* », sans vouloir par là même préjuger en rien de la nature intime de cette transformation. En effet, nous comprenons très bien la différence qui existe à ce point de vue, par exemple entre ce que nous appelons dégénérescence sarcomateuse et dégénérescence œdémateuse, et nous tenons à dissiper dès maintenant la confusion qui pourrait s'établir à ce sujet.

Les dégénérescences des fibromyomes signalées par les différents anatomo-pathologistes qui se sont occupés de la question sont fréquentes et nombreuses. Toutefois, parmi elles, il en est quelques-unes que nous croyons devoir éliminer du cadre de notre travail, pour les raisons que nous allons indiquer.

La *dégénérescence cartilagineuse*, décrite par Bidder (1), Cruveilhier (*loc. cit.*, p. 689), Berneadeaux (Th. Paris, 1857), n'est autre que la dégénérescence fibreuse, dont l'apparence, à l'œil nu, est un peu celle du tissu cartilagineux ; mais jamais, et Berneadeaux le reconnaît lui-même, le microscope n'a montré dans un fibromyome, la présence de cellules cartilagineuses.

La *dégénérescence osseuse* doit de même, selon nous, être considérée comme une mauvaise interprétation de fibromyomes en état de dégénérescence calcaire ; les quelques observations

(1) BIDDER, cité par WALTER, *Ueber fibrose Körper der Gebärmutter*, Dorpat, 1852, p. 39.

d'ossification véritable rapportées par Wedl (1), Bidder (*loc. cit.*), Freund (2), Von Krauss (3), nous semblent suspectes en raison de l'absence de description histologique. Nous ne l'avons, pour notre part, jamais rencontrée.

La *dégénérescence graisseuse* a été souvent constatée ; elle a même été regardée comme un des modes de guérison spontanée des fibromyomes. D'après Klob (*loc. cit.*, p. 161) et Virchow (*loc. cit.*, p. 364), elle frapperait aussi bien les éléments musculaires que le tissu conjonctif, et pour ce motif, produirait tout au moins un arrêt complet dans l'accroissement de la tumeur, en atteignant son élément actif, la fibre musculaire. En tous cas, cette dégénérescence n'a été constatée microscopiquement que deux fois, par Freund (*loc. cit.*) et Martin (4), et dans ces deux exemples, la diminution de la tumeur n'en était pas résultée.

La *dégénérescence carcinomateuse* des fibromyomes mérite de nous arrêter un peu plus longuement. Elle est admise par les anciens auteurs, Morgagni, Van Swieten, Valentin, Dupuytren, et aussi par Virchow : « Il n'est pas douloureux pour moi, dit ce dernier, qu'un myome existant puisse dégénérer, pourvu qu'il se développe dans son tissu des éléments hétérologues ; le fait le plus fréquent est la dégénérescence carcinomateuse ou cancéreuse des myomes de l'utérus » (*loc. cit.*, p. 314).

Cette opinion avait déjà été rejetée par Bayle et par Cruveilhier (*loc. cit.*, p. 693). Elle l'est à peu près universellement à l'heure actuelle (Broca, Cornil et Ranvier, Siredey et Danlos, Delbet, Pozzi, etc...) malgré les observations de Klob (5), Glöser, Coe (6), Rœhrig, Liebmann (7), Ehren-

(1) WEDL, *Grundzüge der path. Histologie*, p. 609, fig. 138, A. B.

(2) FREUND, *Klin. Beiträge f. Gyn.*, Bd III, p. 152.

(3) VON KRAUSS, *Osteoid der Gebärmutter : Würtemb. Corresp.*, 1850, p. 1.

(4) A. MARTIN, *Beiträge zur Geb. etc...* Berlin, 1874, p. 34 ; *Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 212.

(5) KLOB, *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, Wien, 1864, p. 163.

(6) COE, *Centr. für Gyn.*, p. 684, 1891.

(7) LIEBMANN, Ein Fall von Myocarcinom des Uterus. *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 17, p. 291.

dorfer (1), qui rapportent des cas de dégénérescence carcinomateuse primitive de fibromyomes.

D'ailleurs, nos connaissances actuelles sur les tumeurs ne nous permettent pas d'admettre cette opinion. Le carcinome est en effet une tumeur épithéliale, qui ne peut naître qu'aux dépens d'épithélium, c'est-à-dire de tissus ayant pour origine le feuillet externe ou interne du blastoderme. Le fibromyome, au contraire, est formé de tissu musculaire et conjonctif, c'est-à-dire d'éléments ayant pour origine le feuillet moyen du blastoderme : il ne peut donc jamais, en raison de sa constitution histologique et de son origine embryonnaire, donner naissance à un carcinome.

Nous pensons que les cas de dégénérescence carcinomateuse des fibromyomes ne sont que des localisations secondaires de cancers primitifs développés aux dépens d'un épithélium quelconque de l'organisme, par le fait d'embolies cancéreuses arrivées dans le fibromyome par la voie lymphatique ou sanguine ; ou bien qu'il s'agit de la prolifération épithéliale de quelques culs-de-sac glandulaires venant de la muqueuse et emprisonnés dans le fibromyome au cours de son développement : cette opinion a été soutenue par Legueu et Marien (2) qui ont observé un cas où le fait n'était pas douteux ; ou bien enfin, qu'il n'y a le plus souvent qu'une propagation d'un carcinome dont le point de départ est la muqueuse utérine.

Dans une thèse tout récente, M. Bourgeois (3) rapporte un certain nombre d'observations de fibromyomes de l'utérus coexistant avec le cancer de cet organe, parmi lesquelles nous en notons une de notre maître M. le Dr Le Bec. Dans tous ces cas, « on ne saurait admettre un seul instant que la tumeur fibreuse a subi une transformation maligne : c'est la muqueuse utérine, le tissu utérin avoisinant qui sont frappés ».

(1) EHRENDORFER, *Centr. für Gyn.*, 1892, p. 513, n° 27.

(2) LEGUEU ET MARIEN, Des éléments glandulaires dans les fibromyomes de l'utérus, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897, p. 134.

(3) BOURGEOIS, *De la coexistence des tumeurs fibreuses de l'utérus et du cancer de cet organe*, Th. Lyon, 1897.

Toutefois la présence du fibromyome n'est pas sans avoir une grande influence sur l'apparition et la marche du cancer :

« En vertu de cette loi pathologique que toute néoplasie est un pas fait vers une néoplasie plus grave (Verneuil, Ricard, Poncelet), il est probable qu'un utérus déjà porteur d'une tumeur bénigne sera plus aisément envahi par un néoplasme malin. » C'est là une question de terrain, déjà signalée par Simpson, et que nous retrouvons dans Pozzi.

Voici d'ailleurs comment, après Wahrendorf (1), M. Bourgeois comprend le processus : « Le fibromyome par sa présence provoque une irritation chronique de la muqueuse utérine qui le recouvre ou l'avoisine ; cette muqueuse devient le siège d'une prolifération glandulaire anormale qui amène la formation d'adénomes typiques, qui, par des passages successifs, aboutit à la production d'adénomes atypiques et de carcinomes. »

En somme, le fibromyome peut être l'origine du développement d'un cancer utérin qui l'atteindra lui-même plus tard par propagation ; il coexiste avec le cancer ; mais jamais ce dernier ne se développe aux dépens des éléments du fibromyome.

Ayant ainsi éliminé de notre étude les dégénérescences carcinomateuse, graisseuse, cartilagineuse et osseuse, il nous reste à décrire quatre dégénérescences dont le siège et le point de départ sont bien le fibromyome de l'utérus. Ce sont :

- 1^o La dégénérescence fibreuse ;
- 2^o La dégénérescence calcaire ;
- 3^o La dégénérescence œdémateuse ;
- 4^o La dégénérescence sarcomateuse.

§ 1. — Dégénérescence fibreuse.

Les anciens anatomo-pathologistes, Robin, Lebert, Cruveilhier, connaissaient déjà la dégénérescence fibreuse des fibromyomes : c'est à cet état qu'ils observaient le plus fréquem-

(1) E. WAHRENDORF, *Fibromyome und Carcinome des Uterus*, Inaug. Dissert. Berlin, 1897.

ment ces tumeurs, car ils n'avaient à leur disposition que des pièces provenant d'autopsies et le plus souvent prises chez des femmes âgées.

Depuis, la nature musculaire des fibromyomes ayant été bien démontrée (Virchow, etc.), on a été amené à considérer la prédominance du tissu fibreux dans ces tumeurs comme une dégénérescence survenant au cours de leur évolution.

Nous avons vu, en étudiant la structure du fibromyome normal adulte, qu'autour des nodules myomateux périvasculaires, existaient constamment des faisceaux fibreux concentriques résultant de la transformation des fibres musculaires, par diminution de la nutrition ; de plus, dans l'intervalle de ces mêmes nodules, on trouve également des travées plus ou moins épaisses de tissu fibreux. C'est le développement exagéré de ces faisceaux, accompagné de la disparition du tissu musculaire, qui constitue la dégénérescence fibreuse.

Celle-ci est très fréquente, pour ne pas dire constante, dans les fibromyomes anciens, à longue évolution ; dans ces cas, elle se généralise ordinairement à la plus grande partie de la tumeur. Mais il n'est pas rare d'observer quelques points de dégénérescence isolés dans l'intérieur de fibromyomes adultes, en pleine période d'activité.

Nous donnons ici les observations des quelques cas de fibromyomes atteints de fibrose que nous avons eu l'occasion d'examiner ; il nous sera plus facile ensuite de faire la description, et d'étudier les causes et les conséquences de cette dégénérescence.

OBSERVATION 2.

Fibromyome en dégénérescence fibreuse.

Fibromyome du poids de 1 kgr. 250 gr. développé aux dépens du fond de l'utérus ; opéré par M. le Dr Segond à la Salpêtrière (novembre 1897).

Sur une coupe sagittale, cette tumeur a l'apparence normale dans une grande partie de sa surface ; on y voit les nodules fibromyomateux entourés par des travées de tissu rosé où l'on distingue quelques vaisseaux. Une large tache qui part du centre et gagne la périphérie en

augmentant de surface, présente un aspect jaunâtre, et renferme des points très durs, difficiles à couper avec le scalpel ; en ces points, la lobulation disparaît à l'œil nu.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Deux séries de coupes ont été faites dans cette tumeur (1), et pour les pratiquer, nous avons été obligés d'avoir recours à la décalcification préalable, à cause de la présence de masses dures incluses en ces points.

Elles ont été prises l'une à la périphérie, l'autre dans l'intérieur de la masse.

Au microscope, ces coupes présentent un aspect identique. Elles sont constituées par du tissu fibromyomateux dont les cellules musculaires sont dissociées par la pénétration dans l'intérieur du lobule de bandes de tissu fibreux fasciculé. Ce même tissu occupe la plus grande largeur des coupes. Il rappelle par sa disposition la lobulation ordinaire : il est constitué par des fibrilles serrées les unes contre les autres, le long desquelles on retrouve quelques noyaux allongés. En quelques points il était infiltré de sels calcaires reconnaissables à la présence de taches diffuses où l'on ne distingue plus aucun élément. On voit très peu de vaisseaux dans toute l'étendue des coupes.

OBSERVATION 3.

Dégénérescence fibreuse. — Légère infiltration œdémateuse.

Petit fibrome enlevé le 22 novembre 1897 par le Dr Le Bec, à l'hôpital St-Joseph, au cours d'une salpingectomie.

La partie centrale est jaunâtre, un peu ramollie.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

1^{re} Série de coupes. — Elles ont été prises au niveau de la périphérie de la tumeur et comprennent une zone externe correspondant à la capsule, une zone intermédiaire, et une zone interne constituée par le fibrome lui-même.

Celle-ci, large de un centimètre environ sur nos coupes, est formée par du tissu fibreux adulte, rose, fasciculé, avec de très rares noyaux allongés et quelques îlots de fibres musculaires qui ont survécu.

Au niveau de la zone de transition, cette bande fibreuse pénètre et dissocie les cellules musculaires ; puis, dans la partie périphérique représentant la capsule, on trouve du tissu fibromyomateux avec de larges plaques fibreuses, et, par places, ce tissu fibrillaire qui renferme quelques cellules allongées est légèrement infiltré et dissocié.

(1) Cette tumeur nous a été remise par M. Herbet, interne des hôpitaux, que nous remercions de son obligeance.

2^e Série de coupes. — Elles ont été prises dans l'intérieur de la tumeur, aux points jaunâtres et ramollis signalés plus haut.

Elles présentent comme les précédentes plusieurs plaques de tissu fibreux adulte fasciculé, rose, qui dissocie le tissu musculaire ou l'enferme dans ses mailles. Mais en outre, il est à remarquer qu'en plein tissu myomateux les bandes du tissu conjonctif qui s'y intercalent présentent une apparence d'infiltration. On voit en ces points, avec les forts grossissements, les fibrilles conjonctives séparées les unes des autres, et, dans ce tissu, comme nous le verrons toujours en pareil cas, les vaisseaux petits ou grands se montrent plus apparents et plus nombreux qu'ils ne le sont sur le reste de la préparation.

OBSERVATION 4.

Dégénérescence fibreuse. — Nécrose.

Mme B..., âgée de 36 ans, entre dans le service du D^r Le Bec le 4 décembre 1897, pour une énorme tumeur abdominale.

Rien dans les antécédents héréditaires et personnels.

Menstruation à 12 ans, toujours régulière. Pas de grossesse.

Il y a 7 ans, à la suite de douleurs dans le côté gauche du ventre, la malade est examinée par son médecin qui reconnaît un fibrome du volume d'un gros œuf environ.

Pendant 9 mois, on essaye le traitement électrique sans résultat apparent. Au bout de ce temps, survient une hémorrhagie abondante, la première de la maladie, qui ne s'arrête complètement qu'au bout d'un mois.

On décide alors de pratiquer l'opération de Battet (ablation des ovaires). Guérison opératoire normale.

Mais les métrorrhagies ont continué malgré cela, et ne se sont jamais arrêtées ; la malade, depuis ce temps, est constamment dans le sang ; en même temps, la tumeur grossissait insensiblement, malgré le traitement électrique pratiqué à intervalles irréguliers ; l'accroissement a été un peu plus rapide pendant les trois dernières années.

Examen clinique à l'entrée : Par le palper, on trouve une tumeur très dure, de consistance ligneuse, indolente, immobile, remontant à trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde, atteignant les fausses côtes et remplissant les flancs.

Par le toucher vaginal, on sent vaguement un moignon de col en avant, sous le pubis. Le cul-de-sac postérieur est saillant et rempli par la tumeur qui est enclavée dans le petit bassin et absolument immobile.

Il y a eu peu de troubles de compression ; on note un peu de polla-

kyurie, et des douleurs assez vives du sciatique gauche, survenant surtout après la fatigue et au moment des règles.

Les urines sont normales.

Opération le 10 décembre 1897. Hystérectomie abdomino-vaginale ; en raison des adhérences très nombreuses de l'intestin sur toute la surface extérieure de la tumeur, l'opération est longue et pénible ; cependant il y a peu d'hémorrhagie.

Immédiatement après l'opération, on fait une injection intra-veineuse de un litre de sérum artificiel (formule de Hayem). Malgré cela, la malade ne se remonte pas, le pouls reste faible, presque filiforme. La malade meurt insensiblement, six heures après l'opération.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Enorme fibromyome utérin, du poids de 5 kilogrammes 200 grammes. Sur une coupe antéro-postérieure, l'aspect est celui du fibromyome normal, sauf en un point situé vers le centre, de forme irrégulière, allongée, ayant environ cinq centimètres de longueur sur un centimètre et demi de largeur, de couleur jaune ocre, et de consistance un peu molle, avec des parties plus dures dans l'intérieur.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

1^{re} Série de coupes. — Elles comprennent une portion du fibromyome attenant à la périphérie de la masse dégénérée, et une partie de celle-ci.

A l'une des extrémités, on voit une bordure de tissu fibromyomateux bien lobulé, qui ne présente rien de particulier à noter, à quelque grossissement qu'on l'étudie.

En dedans d'elle, le tissu perd sa texture lobulée ; on y reconnaît des amas de cellules musculaires coupées transversalement ou des bandes rencontrées parallèlement à leur direction. Mais toute cette portion est dissociée par la présence de bandes d'un tissu fibrillaire, dont les fibrilles mêmes sont séparées les unes des autres, de façon à constituer des petites logettes de forme irrégulière, dans lesquelles les fibrilles se perdent en enlaçant quelques cellules rondes à noyau bien net, et à protoplasma grenu. Quelques vaisseaux se voient dans ce tissu. Les éléments musculaires qui subsistent ont leur noyau mal coloré, leur protoplasma mal délimité, et c'est surtout à leur groupement qu'on les reconnaît.

Plus en dedans encore, à l'autre extrémité des coupes, le tissu fibreux au lieu de se dissocier fibrilles par fibrilles devient compact, se présente sous l'apparence de larges bandes roses, qui au fort grossissement sont constituées par des fibrilles tassées les unes contre les autres, et ces productions fibreuses entourent des placards roses qui rappellent la forme de segments de lobules myomateux dont les cellules ne peuvent plus se colorer.

2^e Série de coupes. — Elles sont prises en plein centre de la masse dégénérée.

En quelques points disséminés on retrouve du tissu myomateux lobulé, mais sur une très petite étendue. Les trois quarts des coupes sont occupés par un tissu infiltré se présentant sous forme de loges petites ou grandes, plus ou moins losangiques, dans l'intérieur desquelles se dissocient des fibrilles conjonctives avec quelques cellules rondes éparsses, et dont les parois sont constituées soit par des fibrilles roses de ce tissu, soit par ces fibrilles mélangées de quelques cellules onduleuses, à noyau très long, qui paraissent bien être des cellules musculaires.

Entre cette zone et le peu de tissu myomateux qui subsiste à l'une des extrémités des coupes, s'étend une zone de transition où l'infiltration se montre sous la forme de plaques ou de bandes d'une substance tantôt fibrillaire, dans laquelle se dessinent de petits vaisseaux, et dont les fibrilles sont toutes dissociées, et tantôt sous la forme d'une substance grenue, qui rappelle exactement ce que nous avons observé dans les tumeurs que nous décrirons plus loin sous le nom de fibromyomes œdémateux.

OBSERVATION 5.

Fibromyome en dégénérescence fibreuse. — Nécrose. — Œdème léger.

Malade du service de M. le professeur Tillaux, à la Charité (octobre 1896).

Tumeur du volume d'une tête de fœtus environ, de forme irrégulière mamelonnée, composée de plusieurs fibromes séparés par un tissu intermédiaire très vasculaire (1).

Le plus gros d'entre eux, du volume d'une orange, présente à la coupe une sorte de cavité située vers son centre, à parois irrégulières, déchiquetées, remplie d'une substance molle, blanchâtre, ressemblant à de la bouillie. Ça et là, sur la surface de section, existent d'autres points analogues, mais où le processus paraît moins avancé.

Les autres noyaux fibromyomateux ne présentent rien de particulier
EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

1^{re} Série de coupes. — Elles portent sur une portion du tissu utérin au voisinage de la muqueuse utérine dont on retrouve une tranche à l'une des extrémités de la préparation, et plus en dedans sur une bande de tissu fibromyomateux qui forme la périphérie d'une petite cavité ovoïde, remplie d'une substance colorée en rose par l'éosine.

(1) La tumeur nous a été remise par M. Veau, interne des hôpitaux, que nous nous faisons un devoir de remercier ici,

Il n'y a rien de particulier à noter au niveau du tissu utérin et du tissu fibromyomateux intermédiaire.

En examinant au microscope la cavité centrale, on la trouve comblée par une substance amorphe, très légèrement teintée en rose, dans laquelle il est impossible de distinguer aucune trace de noyaux. Sur presque toute l'étendue des bords de cette cavité, les éléments musculaires refoulés se tassent les uns contre les autres ; en un point, au lieu de ce tassement, on remarque que les noyaux des cellules musculaires sont séparés par la même substance amorphe, et en déplaçant la préparation, on arrive sur un autre placard d'étendue moindre, mais en tout semblable au premier. Entre les deux, et en plein tissu musculaire, on aperçoit la coupe de quelques vaisseaux ; ce sont les seuls que l'on trouve sur les bords de la cavité. Un troisième espace se présentant sous forme d'une longue et assez large bande, se remarque dans le reste de la préparation ; on distingue au centre quelques rares noyaux allongés, très mal colorés, qui rappellent, à part des dimensions moindres, les noyaux allongés des cellules musculaires qui bordent cette bande.

Quand on étudie la zone de transition entre le tissu myomateux et ces placards, on voit que les cellules musculaires n'ont plus d'abord leur protoplasma coloré, puis leurs noyaux eux-mêmes disparaissent : il se fait là une destruction nécrosique massive, différente comme aspect de ce que nous avons observé sur les coupes des fibromyomes œdémateux, dont nous parlerons plus loin. D'ailleurs, sur ces derniers, à côté de l'infiltration séreuse qui en est la caractéristique, nous avons eu quelquefois à noter une nécrose concomitante.

2^e *Série de coupes.* — Sur celles-ci, prises en des points différents des précédentes, on observe des placards nécrosés analogues.

L'aspect microscopique est également identique à celui que nous venons de décrire. Les placards sont en effet constitués par une substance amorphe, dans laquelle se perdent quelques rares noyaux très mal colorés. Sur les confins de ces placards, on voit des ilots de cellules qui ont résisté au processus de nécrose. La zone de transition du tissu normal au tissu mortifié est indiquée ici comme précédemment par la perte de coloration du protoplasma, puis du noyau.

Lorsqu'on étudie avec attention la plaque de dégénérescence, on voit que le centre et la périphérie ne sont pas constitués de la même manière. Cette dernière, en effet, se montre franchement colorée en rose par l'éosine, et, de la plaque, cette substance rose s'étend entre les fibres musculaires sous forme de bandelettes qui les dissocient plus ou moins. A un fort grossissement (oc. 2, obj. 8 de Dumaige), ces bandes paraissent constituées par du tissu fibreux. Plus en dedans, la pla-

que s'effiloche en fibrilles qui ne prennent plus qu'une teinte bistre. Au centre même, on ne trouve plus qu'un espace comblé par une substance grenue. Il s'est fait de la périphérie au centre une transformation et une dégénérescence d'un placard fibreux.

3^e *Série de coupes.* — Nous n'insistons pas sur l'examen de ces préparations qui portent sur deux autres cavités observées en plein centre de la tumeur.

On y remarque le même tissu nécrosé qui a une apparence grenue ; sur les bords, on voit une partie de la paroi formée par les cellules musculaires tassées, tandis que sur le reste de l'étendue, on observe le même processus de nécrose. On ne voit point de vaisseaux dans le tissu musculaire environnant.

Les points dégénérés montrent encore dans leur texture la disposition générale d'un tissu fibromyomateux. On y reconnaît des bandes onduleuses du tissu conjonctif fasciculé qui délimitent des plaques rappelant les lobules du myome, et sur lesquelles il est impossible de retrouver des noyaux colorés.

OBSERVATION 6.

Dégénérescence fibreuse. — Nécrose.

Mme P... Marie, âgée de 42 ans, cuisinière, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 7 janvier 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Menstruation à 15 ans ; règles difficiles, douloureuses, irrégulières. Longue période d'anémie.

A 16 ans, fièvre paludéenne ; la malade habitait une région marécageuse de la Nièvre.

A 36 ans, influenza, à la suite de laquelle la fièvre reparait. Les règles ont été supprimées 3 mois, puis sont revenues, mais très irrégulièrement. Affaiblissement considérable de l'état général qui dure près d'un an.

A 38 ans, bronchite accompagnée de phlébite de la jambe gauche.

Il y a 2 ans, en se palpant le ventre à la suite d'un traumatisme, la malade a senti une grosseur. Celle-ci a augmenté de volume progressivement, sans occasionner de douleurs, et sans causer d'autre ennui qu'une sensation de pesanteur presque constante dans le bas-ventre.

Mais, il y a 3 mois environ, des douleurs sont survenues, d'abord intermittentes, siégeant surtout dans le côté gauche de l'abdomen et dans les reins, plus fortes au moment des règles. Celles-ci, depuis la même époque, sont devenues très fréquentes ; elles apparaissent envi-

ron tous les quinze jours, durent en moyenne trois ou quatre jours, mais sont relativement peu abondantes, surtout lorsque la malade garde le repos.

L'état général est assez bon ; l'appétit est conservé malgré des symptômes non douteux d'éthylisme (pituites le matin, douleurs gastriques, cauchemars nocturnes, crampes dans les mollets, tremblement des mains, etc.).

Urines normales.

L'examen clinique, pratiqué le 22 janvier 1897, donne les résultats suivants :

Par le palper, on sent une tumeur dure, lisse, arrondie, remontant à deux travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic et dépassant le milieu des fosses iliaques. Mobilité latérale.

Par le toucher vaginal, on trouve le col à peu près normal, situé à peu de distance de la vulve. Les culs-de-sac sont remplis, tout autour du col, par une masse dure, arrondie et lisse, qui fait corps avec l'utérus ; cette masse paraît se confondre avec celle qu'on sent par le palper à travers la paroi abdominale.

Diagnostic : fibromyome utérin.

Opération le 24 janvier 1897. Hystérectomie abdomino-vaginale par le procédé du Dr Le Bec, pas d'incidents.

Suites opératoires excellentes. La malade quitte l'hôpital le 26 février.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Fibromyome du volume d'une tête de fœtus, de consistance ferme. Sur une coupe sagittale, on voit une portion périphérique capsulaire, puis la tumeur proprement dite, incluse dans l'intérieur de celle-ci. Cette dernière a l'apparence normale sur une partie de son étendue ; mais la portion centrale a un aspect jaunâtre, et renferme des points ramollis entourés de travées très dures, de même couleur. Cette masse a le volume d'une mandarine environ.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

1^{re} Série de coupes. — Elles portent sur la partie périphérique de la masse jaunâtre.

Dans un de leurs angles, elles présentent une portion qui, examinée avec le faible grossissement (oc. 2 et obj. 2 de Dumaige), se montre colorée en jaune bistre dans ses portions externes, tandis qu'au voisinage du tissu fibromyomateux, la couleur devient plus rosée. Dans ce tissu s'étalent, découpés très irrégulièrement, des ilots épars de noyaux allongés. C'est également un tissu nucléé tout déchiqueté qui borde la plaque jaune bistre.

Avec le fort grossissement (oc. 2 et obj. 6), on voit que le tissu jaune ou rose est constitué par des fibrilles de tissu conjonctif adulte. Les ilots de noyaux allongés ainsi que les bandes nucléées périphériques ont toutes l'apparence et le mode de groupement des fibres musculaires. La zone de bordure est constituée par un enchevêtrement de ce tissu conjonctif et de bandelettes musculaires. A une certaine distance, on aperçoit la coupe de vaisseaux dont la lumière est mal délimitée ; les cellules de l'endothélium paraissent avoir proliféré à l'intérieur comme pour les obstruer.

Dans toute l'étendue de la préparation on retrouve la texture ordinaire d'un fibromyome, avec cette différence que les plaques fibreuses sont plus étendues. Les ilots myomateux eux-mêmes sont dissociés par des bandelettes rosées de tissu fibrillaire adulte.

Sur un des bords de la coupe, on retrouve une bande de tissu fibreux fasciculé qui contient quelques noyaux de cellules allongées. Cette bande est voisine d'une troisième plaque comparable à la première que nous avons décrite.

Une dernière particularité à noter, c'est qu'en un point le tissu fibreux au lieu d'être condensé est dissocié ; les fibrilles sont séparées les unes des autres, et, dans ce tissu dissocié, on retrouve comme à l'ordinaire des petits vaisseaux qui en forment pour ainsi dire la charpente.

2^e *Série de coupes*. — Elles ont été prises au centre même de la masse jaunâtre, en un point tout ramolli. — Elles ne montrent qu'une substance fibrillaire au centre de laquelle il est impossible de reconnaître une structure nette. Les fibrilles y sont toutes dissociées, et cette partie de la préparation a pris sous l'influence de l'hématoxyline une teinte bleu-violet, comme on l'observe ordinairement pour les tissus mortifiés.

3^e *Série de coupes*. — Elles portent sur un point voisin de celles de la 1^{re} série, où l'on apercevait, entre la masse centrale jaunâtre et le fibromyome, une portion intermédiaire infiltrée de liquide, et toute différente des points ramollis compris dans la masse centrale.

Ces coupes sont occupées dans les trois quarts de leur étendue par un tissu rosé analogue à celui des coupes de la 1^{re} série ; puis par du tissu fibromyomateux. Dans cette dernière portion, on trouve de larges places où les éléments constituants, c'est-à-dire tout à la fois des fibrilles du tissu conjonctif et des fibrilles du tissu musculaire, sont complètement dissociés et séparés de façon à donner lieu à des aréoles qui rappellent exactement les figures ordinaires de l'œdème.

Dans ces plaques d'infiltration, on voit des vaisseaux adultes ou jeu-

nes, dont la paroi est toute irrégulière. Cette dernière apparaît, au fort grossissement, infiltrée de noyaux qui comblent la cavité. C'est à leur voisinage que commence la première et la plus large plaque rose. Celle-ci naît par une zone de transition dans laquelle on reconnaît des cellules musculaires et des fibres fasciculées du tissu conjonctif entrecroisées; puis les noyaux disparaissent, et au centre de la plaque on ne voit plus que des bandes conjonctives, onduleuses, qui enserrant des ilots roses très légèrement teintés en bleu; le tout rappelle d'une façon bien nette la lobulation fibromyomateuse, mais dans ce tissu mortifié les noyaux ne se colorent plus.

4^e Série de coupes. — Elles portent sur le tissu fibromyomateux avoisinant la plaque de dégénérescence centrale. On y voit sur un de leurs bords le tissu fibreux qui s'insinue sous forme de bandelettes dans le tissu myomateux. Ce dernier présente cette particularité que le tissu conjonctif intermédiaire paraît le plus souvent élargi et dissocié, et dans celui-ci on observe des vaisseaux nombreux dont la lumière est toute comblée par une prolifération cellulaire.

Les exemples que nous venons de donner nous permettent de décrire maintenant la dégénérescence fibreuse des fibromyomes utérins.

Les tumeurs envahies par cette transformation sont en général assez dures, et se coupent difficilement. Examinées à l'œil nu, elles ont une couleur légèrement jaunâtre, ou bien présentent parfois un aspect brillant, nacré, qui les a fait comparer à du cartilage. Très souvent la lobulation apparente sur les fibromyomes normaux a disparu.

Dans d'autres cas, et nous insistons particulièrement sur ce point qu'il importe de mettre en lumière, les placards de dégénérescence fibreuse sont ramollis par endroits; on observe même quelquefois en leur intérieur des sortes de cavités à parois irrégulières, déchiquetées, remplies d'une substance molle, blanchâtre, ressemblant à de la bouillie, et sur lesquelles nous aurons à revenir un peu plus loin.

Au microscope, on reconnaît facilement la prédominance du tissu fibreux, plus ou moins fasciculé renfermant parfois quelques rares noyaux allongés. Ce tissu affecte des dispositions variables suivant les cas.

Quelquefois, la tumeur présente l'apparence du fibromyome normal, avec cette différence que le tissu conjonctif internodulaire est très développé et que les nodules myomateux ne sont constitués que par quelques rangées concentriques de fibres musculaires souvent mal colorées par les réactifs, les autres étant remplacées par du tissu fibreux.

Dans d'autres cas, les fibrilles conjonctives internodulaires pénètrent dans l'intérieur des nodules myomateux sous forme de bandelettes plus ou moins épaisses, qui dissocient et ensèrent les fibres musculaires ; celles-ci se présentent alors sous forme d'ilots irréguliers perdus au milieu de la masse du tissu fibreux. Dans ces deux cas cependant, on reconnaît encore le plus souvent, à l'aspect tourbillonné des faisceaux fibreux, la texture du fibromyome normal.

D'autres fois enfin, cette dernière apparence n'existe plus, et l'on n'aperçoit que des faisceaux de tissu conjonctif disposés sans aucun ordre et formant des placards irréguliers.

Les vaisseaux sont rares au milieu de ce tissu ; la plupart du temps ils sont aplatis, et leur lumière est déformée par la pression des fibres avoisinantes.

La description que nous venons de faire est celle de la plupart des fibromyomes atteints de dégénérescence fibreuse ; mais nous avons signalé plus haut au milieu de celle-ci la présence de pseudo-cavités : voyons comment elles sont constituées.

Sur toutes nos préparations, elles siègent en plein centre des placards de tissu fibreux. Ceux-ci sont formés à leur périphérie par des fibres conjonctives plus ou moins serrées au milieu desquelles on reconnaît encore quelques cellules musculaires. Plus en dedans, on ne voit plus que du tissu fibreux pur ; puis, celui-ci se dissocie et s'effiloche en fibrilles qui vont se perdre au milieu de la masse centrale. Cette dernière, qui correspond aux points ramollis, ayant l'apparence d'une bouillie grisâtre, que nous avons signalés, est constituée par une substance amorphe, grenue ou vaguement fibrillaire, à peine colorée, dans laquelle il est impossible de distinguer aucun noyau. Enfin, il

n'existe en ces points aucun vaisseau; on en observe seulement quelques-uns dans le tissu musculaire périphérique.

Ainsi, dans les placards de dégénérescence fibreuse comme au sein de ces points ramollis qui offrent singulièrement, il faut le dire, l'apparence d'une nécrose, nous notons un caractère commun important : *la rareté des vaisseaux*. Ce fait est constant, il se rattache donc étroitement à l'évolution du processus que nous étudions. Mais est-il la conséquence, ou au contraire la cause de la dégénérescence fibreuse ?

C'est cette dernière opinion qui paraît admise actuellement. En effet, nous avons vu déjà qu'à la périphérie du nodule fibromyomateux normal, existe une zone de tissu fibreux, par suite de la diminution des phénomènes nutritifs en ces points éloignés du vaisseau central. Il est donc rationnel de penser que toute diminution dans l'activité de la circulation de la tumeur, que cette diminution porte sur un point limité, sur un simple bouquet vasculaire, sous une influence qui nous est inconnue, ou qu'elle s'étende au contraire au fibromyome entier, comme cela s'observe à la ménopause, pourra être l'origine de la dégénérescence fibreuse. Ainsi, par la même cause, s'expliquera la présence de placards fibreux isolés au milieu de fibromyomes adultes, en plein accroissement, et au contraire la structure entièrement fibreuse des fibromyomes trouvés chez de vieilles femmes.

Mais le processus ainsi engendré ne se borne point à cela. Le tissu conjonctif, nous l'avons vu, enserme dans ses fibrilles le tissu musculaire; celui-ci perd la coloration dans son protoplasma d'abord, puis dans son noyau, et enfin disparaît. Les vaisseaux subissent le même sort : aplatis, déformés, ils peuvent finir par être détruits complètement. Nous observerons alors non pas de la gangrène, puisqu'il n'y a point de germes infectieux, mais une véritable *nécrobiose* par défaut total de nutrition; ainsi s'expliquera, toujours par le même mécanisme, la présence de ces points d'abord ramollis, qui plus tard tombent en déliquescence et donnent naissance à ces cavités pseudo-

kystiques, pleines d'une bouillie plus ou moins blanchâtre, sur lesquelles nous avons insisté.

Enfin, en terminant, notons la coexistence assez fréquente, en même temps que la dégénérescence fibreuse, de points extrêmement durs, atteints de dégénérescence calcaire, et d'autre part, de points infiltrés de sérosité, analogues à ce que nous étudierons plus loin sous le nom de dégénérescence œdémateuse des fibromyomes ; on trouvera plusieurs exemples de cette dernière dans les observations que nous venons de donner. Ces deux dégénérescences ont d'ailleurs leurs caractères habituels, et ne sont en rien modifiées par la présence du tissu fibreux voisin ; nous n'y insistons point pour le moment.

§ 2. — Dégénérescence calcaire.

La dégénérescence calcaire est la plus anciennement observée (pierres et calculs de la matrice) ; son histoire est intimement liée à celle des fibromyomes eux-mêmes. Elle coexiste souvent avec la dégénérescence fibreuse, et quelques auteurs (Virchow, Sévastopoulo) pensent même qu'elle succède ordinairement à cette dernière. Cependant elle peut se trouver dans les myomes, ainsi que l'ont admis Fœrster, Rokitansky, Hénocque (1), qui a vérifié la présence de fibres musculaires lisses dans une « pierre de l'utérus » recueillie par Amussat en 1829, et examinée après décalcification par l'acide chlorhydrique. Ces fibres musculaires présentaient même des altérations, telles que des renflements variqueux et surtout « des dépôts de granulations graisseuses ».

La dégénérescence calcaire se trouve en général dans les fibromyomes anciens, et de préférence dans ceux qui sont sous-séreux et pédiculés, ou dans les polypes. La calcification débute quelquefois à la périphérie de la tumeur, lui formant ainsi comme une sorte de coque indurée ; mais le plus souvent, elle

(1) HÉNOQUE, *Archives de physiologie*, n° 4, 1873.

naît dans les parties centrales, par des points d'abord isolés qui plus tard se réunissent en amas plus ou moins considérables séparés entre eux par des espaces sains irréguliers.

L'analyse chimique a démontré dans ces tumeurs des matières minérales, du carbonate et du phosphate de chaux (analyses de Bostock et de Andral).

Examinées à l'œil nu, les parties infiltrées de sels calcaires apparaissent dures et blanches, finement granuleuses ; elles résistent au couteau, mais ne rappellent nullement l'aspect du tissu osseux.

Au microscope, elles sont constituées par des placards irréguliers, prenant en masse les matières colorantes, et disséminés au milieu du tissu conjonctif ; il n'est pas rare d'apercevoir à leur voisinage quelques faisceaux de fibres musculaires. Mais le fait important à signaler est la disparition des vaisseaux. C'est probablement autour des capillaires que se font les premiers dépôts de sels calcaires ; ces derniers en s'accroissant finissent par envahir le vaisseau qui disparaît au milieu de la portion crétifiée. Les fibres musculaires sont de même probablement infiltrées par les sels calcaires qui les compriment dans leur masse : elles ne sont pas détruites par le processus, puisqu'on les retrouve après décalcification.

Quelle est la cause de la dégénérescence calcaire ? Est-ce une diminution de la circulation, comme le laisserait supposer sa présence dans les tumeurs anciennes, fibreuses et pédiculées, ayant par conséquent une irrigation sanguine peu active ? Nous ne pouvons l'affirmer : en tous cas, c'est la plus probable, et celle qui est le plus généralement admise.

OBSERVATION 7 (Inédite, communiquée par M. le Dr LE BEC).

Fibromyome calcifié.

Mme G..., âgée de 66 ans, entre à l'hôpital Saint Joseph le 4 novembre 1894, dans le service de M. le Dr Le Bec.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

Menstruation à 17 ans, règles toujours régulières.

Deux enfants, l'un à l'âge de 28 ans, l'autre à 30 ans. Grossesses et accouchements normaux.

Ménopause à 50 ans, sans accidents.

Jamais de maladies.

Depuis quelques années, la malade ressent une sensation de gêne et de pesanteur dans le bas-ventre, et par moments quelques douleurs.

A l'examen, on trouve par le toucher vaginal un col très mou, porté en arrière ; le cul-de-sac antérieur est rempli par une masse très dure, bosselée, noueuse, du volume d'une grosse orange environ.

On porte le diagnostic de fibrome calcifié, en raison de sa dureté toute particulière, et de l'âge de la malade.

Opération, le 10 novembre 1894. — Hystérectomie vaginale. On tombe sur une masse calcaire encapsulée, extrêmement dure, et sur laquelle la pince de Museux n'a aucune prise, rendant ainsi le morcellement très difficile. Pour fixer la tumeur, on se résout, après avoir essayé différentes pinces, à employer un *tire-bouchon* ordinaire qui, planté dans la masse calcaire après stérilisation préalable, sert à l'immobiliser, et permet la fragmentation à l'aide d'une pince à os.

Les suites opératoires ont été excellentes ; la malade est sortie guérie le 15 décembre 1894.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Le poids de la masse calcaire à l'état humide, aussitôt après l'opération, est de 350 grammes.

Sa forme était ovoïde, à grosse extrémité postérieure ; elle était développée aux dépens de la face antérieure et du fond de l'utérus.

Décalcification à l'acide chlorhydrique dilué, à 3 0/0 dans lequel nous avons fait dissoudre 15 0/0 de sel de cuisine, pour parer à l'inconvénient du gonflement que l'acide chlorhydrique, employé seul, produit dans les tissus.

Les coupes, colorées à l'hématoxyline-éosine, présentent au microscope l'aspect suivant : sur presque toute leur étendue, on n'aperçoit que de larges placards de forme irrégulière, teintés en violet, granuleux, où il est impossible de reconnaître aucun élément figuré. Entre ces placards, dans les rares espaces de la préparation qui ne correspondent point à des portions calcifiées, on aperçoit un tissu fibrillaire, analogue au tissu conjonctif, dans lequel on reconnaît par endroits quelques noyaux arrondis ou allongés. Des vaisseaux sont très nets au milieu de ces points ; on n'en voit aucune trace dans les placards calcaires dont nous avons parlé.

OBSERVATION 8 (Inédite, communiquée par M. le D^r LE BEC).

Fibromyome calcifié. — Accidents d'étranglement interne. — Hystérectomie vaginale par morcellement. — Mort par continuation des accidents.

Madame J..., âgée de 62 ans, de Bourg-la-Reine, me fut adressée par le D^r de Crésantignes, en août 1894. Elle portait un fibrome peu volumineux qui causait seulement une sensation de pesanteur dans le bassin, sans accidents de compression du rectum ni de la vessie.

En raison de son âge, de la ménopause qui existait depuis plus de 10 ans, et du peu de symptômes, je ne crus pas devoir intervenir et je conseillai un traitement médical. Ce fut une erreur.

En juin 1896, le D^r de Crésantignes fut brusquement appelé chez la malade à Bourg-la-Reine. Il la trouva dans un état grave, avec des accidents d'arrêt absolu des matières fécales depuis 5 jours ; ventre peu ballonné, peu douloureux, pouls petit, quelques légers vomissements.

Je la vis le soir à 9 heures dans cet état, et je constatai que tous les accidents venaient du fibrome qui avait pris un volume considérable, s'était enclavé dans le bassin, et avait une grande dureté.

Je revins le lendemain matin pour l'opérer. Je retirai par la voie vaginale un fibrome du volume d'une tête de fœtus à terme, entièrement dur, envahi par des sels calcaires dans sa totalité. Ceux-ci ne formaient pas une masse compacte, mais s'étaient infiltrés dans le tissu du myome sous forme de grains isolés, serrés les uns contre les autres, et séparés par des tractus filamenteux que je pus diviser avec des ciseaux au prix d'une peine extrême.

L'opération dépassa une heure et affaiblit beaucoup le malade, bien qu'elle n'ait pas perdu de sang.

Le cours des matières ne se rétablit pas, ce qui est dû à l'extrême et longue compression subie par le rectum ; aucun gaz ne fut rendu. Les vomissements fécaloïdes continuèrent, et la malade mourut le lendemain avec une température basse, comme dans les cas d'étranglement interne.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Décalcification à l'acide chlorhydrique. Coloration à l'hématoxyline-éosine, carmin de Henneguy, et picro-carmin de Orth.

Les coupes examinées au microscope présentent un aspect analogue à celles de l'observation précédente, mais à un degré moins avancé.

On y reconnaît les mêmes placards calcaires irréguliers, granuleux, sans éléments figurés. Mais le tissu intermédiaire est beaucoup plus

large ; on y distingue nettement des bandes ou des ilots de fibres musculaires séparés par du tissu conjonctif dans lequel on aperçoit des vaisseaux d'apparence normale.

Les placards calcaires sont entourés sur tout leur pourtour par du tissu conjonctif ; le tissu musculaire ne se montre que dans leur intervalle.

OBSERVATION 9.

Dégénérescence calcaire.

Fibromyome de la grosseur d'un œuf renfermant quelques points calcifiés, pris à l'autopsie d'une femme morte de tuberculose péritonéale (autopsie du 19 octobre 1896).

EXAMEN DE LA TUMEUR. — Décalcification à l'acide chlorhydrique, comme précédemment. Les coupes montrent à l'œil nu quelques points plus foncés, de la grosseur d'une tête d'épingle, disséminés en leur intérieur et représentant les portions calcifiées.

Au microscope on reconnaît sur la plus grande partie de l'étendue de la préparation du tissu fibromyomateux normal avec quelques points en dégénérescence fibreuse. C'est au milieu de ceux-ci que siège la calcification ; on note toujours à ce niveau la même apparence amorphe, granuleuse, avec de gros grains plus réfringents, et toujours l'absence complète de vaisseaux en ces points.

§ 3. — **Dégénérescence œdémateuse.**

Sous le nom de dégénérescence œdémateuse, nous allons étudier des transformations complexes qui surviennent au cours du développement des fibromyomes utérins, et qui ont été interprétées très différemment par les auteurs ; nous les trouvons en effet décrites sous les étiquettes diverses de : fibromes myxomateux ou myxoïdes, fibromes à géodes, tumeurs fibro-kystiques, sarcomes kystiques, etc.

Cette dégénérescence d'ailleurs est très fréquente ; sans aller aussi loin que le professeur Tripier (de Lyon), qui enseigne que « tout myome utérin dépassant le volume d'un poing et se trouvant en phase de développement présente une ou plusieurs de ces zones à l'aspect colloïde, gélatineux », nous reconnaissons l'avoir trouvée un grand nombre de fois, ainsi qu'on le verra par nos observations.

Depuis Cruveilhier (*loc. cit.*) qui, le premier, a décrit et baptisé les « géodes », tous ceux qui ont étudié l'anatomie pathologique des fibromyomes utérins ont signalé cette transformation. Nous ne saurions rappeler ici leurs noms et leurs opinions sans répéter ce que nous avons écrit à notre chapitre d'histoire ; d'ailleurs, nous aurons à y revenir au cours de la discussion nécessitée par l'interprétation de cette dégénérescence.

Comme nous l'avons fait précédemment, nous commençons par donner nos observations qui sont la base sur laquelle nous étayons notre description tout entière.

OBSERVATION 10 (1).

Dégénérescence œdémateuse. — Légère fibrose.

Madame B..., âgée de 42 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 7 juin 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Antécédents héréditaires et personnels nuls. Menstruation à 15 ans, toujours régulière ; pas de grossesse.

Depuis huit ans, les règles sont plus abondantes comme quantité et durée (8 ou 10 jours), mais toujours régulières. Jamais de douleurs, ni de troubles de compression vésicale ni rectale.

Il y a deux ans et demi environ, on a constaté la présence d'une tumeur utérine, qui s'est développée lentement et progressivement depuis cette époque, sans occasionner d'autres troubles que des métrorrhagies.

L'examen de la malade, à son entrée, a donné les résultats suivants :

A l'inspection, le ventre est assez gros, sillonné de vergetures à sa partie inférieure.

Par le palper, on sent une tumeur dure, arrondie, de forme irrégulière, remplissant complètement les deux fosses iliaques et présentant à son pôle supérieur une échancrure, située au niveau de l'ombilic, qui lui donne assez bien la forme d'un cœur de carte à jouer, et délimite deux lobes, l'un droit atteignant l'ombilic, l'autre gauche, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt. Pas de douleur à la pression, Mobilité en tous sens.

Par le toucher vaginal, on trouve le cul-de-sac antérieur rempli par une masse dure et arrondie qui repousse en avant la paroi du vagin ; le col est rejeté en arrière ; les culs-de-sac postérieurs et latéraux sont libres.

(1) Publiée dans les *Bulletins de la Société Anatomique*, novembre 1897.

Le cathétérisme de la vessie pratiqué montre celle-ci repoussée en haut et en avant, aplatie contre le pubis. On diagnostique un fibrome utérin.

Opération, le 11 juin 1897 : hystérectomie abdomino-vaginale, par le procédé du Dr Le Bec ; pas d'incidents. Suites opératoires excellentes ; la malade sort de l'hôpital le 12 juillet.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR.

Celle-ci est développée aux dépens des faces supérieure et gauche de l'utérus. Elle présente à son sommet une échancrure qui se continue sur la face antérieure par un sillon peu profond, en délimitant deux lobes qu'il était d'ailleurs facile de sentir avant l'opération à travers les parois abdominales : un lobe gauche, plus volumineux, de la grosseur d'une tête de fœtus, et un lobe droit, plus petit, de la grosseur d'une orange environ. A la surface apparaissent quelques petites tumeurs non pédiculées, qui siègent surtout à la face postérieure.

L'utérus est situé en arrière ; la cavité utérine mesure 12 centimètres. Le poids total de la masse est de 2 kilogrammes 550.

La tumeur est de consistance ferme, dure ; elle est de couleur rosée, avec quelques fines arborisations vasculaires dessinées à sa surface.

Coupés sagittalement, les deux fibromes occupant chacun des deux lobes présentent l'aspect suivant :

I. Le lobe gauche paraît constitué par du tissu fibromateux normal dans sa plus grande portion. Au centre environ, existe une partie un peu molle, diffuente, de couleur jaunâtre, comme du mastic, de forme ovoïde, ayant un centimètre de longueur, et paraissant en continuité directe avec le tissu environnant. A la périphérie, on voit plusieurs points ramollis, d'apparence gélatineuse, ayant la couleur et la consistance de la gelée de pommes, laissant écouler à la coupe un liquide citrin, très albumineux, qui se coagule en masse sous l'action de la chaleur. Quelques-uns de ces points sont creusés en leur centre de petites vacuoles renfermant le même liquide.

II. Le lobe droit semble constitué également par du tissu fibromateux normal, dur, criant sous le scalpel ; on trouve, près de son centre, une cavité du volume d'une noisette environ, à parois très irrégulières, contenant des débris blanchâtres flottant dans le même liquide citrin signalé plus haut.

Dans les deux lobes, quelques petites lumières vasculaires sont apparentes à l'œil nu, au centre des tourbillons du tissu fibromateux d'aspect normal ; on n'en distingue aucune, ni dans la portion centrale jaune mastic, ni dans les portions ramollies d'aspect gélatineux.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — L'examen microscopique de la pièce a porté sur trois points particuliers.

I. — *Pour une première série de coupes*, les morceaux ont été pris au centre du lobe gauche de la tumeur, en un point qui, ainsi que nous l'avons dit, avait toute l'apparence d'une masse compacte blanc jaunâtre, comparable à du mastic. Cette masse suivant la hauteur du morceau a été coupée en différents points depuis son centre jusqu'à une de ses extrémités.

a). — L'une de ces coupes, prise à la partie moyenne, a la largeur de quinze millimètres carrés ; colorée par l'hématoxyline-éosine, elle apparaît à l'œil avec une portion centrale ovoïde, de couleur rose, tandis que toute la périphérie se montre plus ou moins colorée en violet. Avec un faible grossissement (obj. 2, oc. 2 de Dumaige), la portion centrale rosée se voit constituée par une substance vaguement fibrillaire, au centre de laquelle se dessinent des ilots plus ou moins délicats sur lesquels on aperçoit la lumière des petits vaisseaux. La périphérie de cette portion est bordée par des couches de cellules qui pénètrent plus ou moins dans la substance rosée fibrillaire ; cette disposition rappelle celle décrite par M. Cornil au niveau de la portion périphérique d'un caillot envahi par la végétation endothéliale. Tout autour de cette bordure, on voit du tissu fibromyomateux d'apparence lobulée, dans lequel on reconnaît des bandes de fibres musculaires allongées avec de très nombreux noyaux intermédiaires, et ce qui frappe d'abord, c'est le nombre considérable des lumières vasculaires que présente la coupe. L'aspect est loin d'être uniforme d'ailleurs ; en quelques points, entre les bandes de ces fibres musculaires allongées, se présentent des noyaux tassés les uns contre les autres, très nombreux, tandis que, en d'autres endroits, on aperçoit des plaques roses constituées par des lumières vasculaires, par quelques noyaux séparés autour de ces lumières, et par des bandes de noyaux allongés fortement dissociés. C'est surtout au voisinage de la tache centrale que se remarque cette dernière disposition.

Lorsque, avec un plus fort grossissement (obj. 6, oc. 2 de Dumaige), on reprend l'étude précédente, on remarque qu'au niveau des points les plus colorés, les fibres longitudinales, coupées parallèlement à leur longueur, se présentent tassées les unes contre les autres, formant pour ainsi dire la périphérie d'un lobule, au centre duquel se présentent les vaisseaux. Ceux-ci sont constitués par une paroi fortement nucléée, à noyaux concentriques, mais irrégulièrement disposés autour de l'endothélium. A côté de ces vaisseaux bien constitués, on aperçoit de nom-

breuses petites lumières vasculaires, dont la paroi est formée par une seule couche endothéliale. Immédiatement au contact de cette couche, pour les derniers vaisseaux, et des fibres les plus externes dissociées, pour les vaisseaux plus considérables, on voit groupés des noyaux de forme variable, les uns un peu allongés, les autres ronds, autour desquels on ne distingue que très difficilement une matière protoplasmique.

Quand on parcourt l'ensemble de la préparation, on retrouve de très nombreux points semblables à la description précédente. La coupe apparaît ainsi constituée par un tissu rempli de petits vaisseaux jeunes à parois embryonnaires, entourés d'éléments embryonnaires qui nous paraissent se distinguer des coupes perpendiculaires de fibres musculaires par l'absence de substance protoplasmique autour du noyau.

Lorsqu'on met sous le champ du microscope un des points périphériques roses, on remarque en son centre de très petites lumières vasculaires, coupées les unes perpendiculairement, les autres parallèlement à leur direction, avec des pointes d'accroissement nombreuses.

Ces vaisseaux ont une structure embryonnaire ; leur paroi est réduite à la couche endothéliale, et immédiatement en dehors, le tissu est constitué par une substance nettement fibrillaire, ces fibrilles étant très ténues ; le long de leurs tractus, on observe des noyaux, les uns allongés, les autres ronds ou ovoïdes, ou même à pointes irrégulières. Ces placards infiltrent les travées des fibres musculaires qu'ils dissocient une à une et ici, comme sur d'autres coupes, on peut suivre la disparition de la coloration du protoplasma, puis finalement du noyau de ces fibres.

Au voisinage de la tache centrale, les vaisseaux sont encore nombreux, entourés de cellules jeunes. La portion la plus interne de la paroi est constituée par des fibrilles toutes dissociées, le long desquelles les noyaux ratatinés se colorent mal. Aux confins de la tache et de la paroi, on voit quelques-uns de ces noyaux se relever pour ainsi dire et pénétrer la masse de cette tache. Au milieu de cette dernière, la préparation présente une texture qui rappelle exactement celle du fibromyome, c'est-à-dire qu'on y voit, à un faible grossissement, des bandes d'une substance très légèrement colorée en rose, qui enserrent des placards d'un tissu où l'on reconnaît le groupement ordinaire des cellules myomateuses, sans que celles-ci se colorent. Il est également possible, en ces points, de reconnaître la forme de petits vaisseaux dont aucune cellule ne se colore plus.

En somme, cette coupe montre dans ses portions périphériques des points d'infiltration œdémateuse avec quelques placards fibreux : ce

sont ces derniers qui prédominent au niveau de la tache centrale. Cette production fibreuse encerclant une partie du myôme semble bien en avoir entraîné la mortification.

b). — Sur une deuxième coupe, prise à une hauteur différente de la masse, on aperçoit un vide central, la substance qui le comblait ayant disparu sous la pression du rasoir.

A un faible grossissement (obj. 2, oc. 2 de Dumaige), cette coupe se différencie de la précédente en ce que, avec les colorations à l'hématoxyline-éosine, les bandes de tissu fibrillaire rosé, avec quelques noyaux épars, l'emportent de beaucoup en nombre et en étendue sur les portions colorées en bleu-violet. Celles-ci se présentent presque toutes sous la forme de bandes ondulées, de noyaux allongés.

A un plus fort grossissement (obj. 6, oc. 2), on y reconnaît des fibres musculaires lisses, dont le noyau allongé et ondulé et la substance protoplasmique sont bien nets au centre même de ces bandes, tandis qu'à la périphérie et vers les pointes, on observe toujours la même transition que précédemment, à savoir une sorte d'effilochement du protoplasma qui va se continuer avec la substance rose intermédiaire, et finalement une décoloration du noyau. On ne voit point de vaisseaux à l'intérieur de ces bandes. C'est dans l'intervalle de ces dernières, au centre des placards décolorés, que siègent les lumières. Elles s'y montrent nombreuses et de formes variables ; rarement c'est une circonférence régulière ; le plus souvent, ce sont des coupes obliques, avec des pointes d'accroissement ; autour des vaisseaux de calibre assez considérable, on aperçoit de petits orifices vasculaires. Même au faible grossissement, au centre de la plaque teintée en rose, ces lumières ont un aspect particulier, entourées qu'elles sont d'ilots de cellules. Au fort grossissement, leur paroi présente une structure irrégulière ; pour les plus petits, elle se réduit à une couche de noyaux aplatis d'endothélium ; dans les plus gros, on voit, en dehors de la couche endothéliale, un nombre plus ou moins considérable de noyaux, les uns allongés, mais la plupart de forme irrégulière, ronds ou ovoïdes, qui s'entassent sans ordre. Les plus internes vont se perdre dans le tissu fibrillaire délié qui entoure les vaisseaux. Dans ce dernier tissu, les noyaux sont rares et se présentent avec les aspects les plus variés, ronds, allongés et onduleux, ou à pointes.

Ce qui caractérise cette coupe, c'est la très grande dissociation des fibres musculaires subsistantes par le tissu fibrillaire, et, dans ce dernier, le nombre des vaisseaux gros et surtout petits à parois constituées par une agglomération irrégulière de noyaux arrondis.

II. — Une deuxième série de coupes a été prise à la périphérie du même

lobe gauche de la tumeur, sur un point où celle-ci présentait une masse gélatineuse, ayant tout l'aspect de gelée de pomme, laissant écouler un liquide albumineux assez abondant.

a). — L'une de ces coupes, examinée au faible grossissement (obj. 0, oc. 2 de Dumaige), se présente sur une grande moitié avec une apparence alvéolaire, dont les alvéoles sont bordées par des tractus roses qui la font ressembler à certains polypes muqueux des fosses nasales.

L'autre moitié offre l'apparence des coupes précédentes. On y remarque plusieurs points très fortement colorés en bleu, et qui, examinés à un fort grossissement (obj. 6, oc. 2) se montrent constitués par des bandes de fibres musculaires entre lesquelles se trouvent de très nombreux noyaux d'apparence embryonnaire, groupés sans ordre autour des vaisseaux.

Avec le même grossissement (obj. 6, oc. 2), on voit qu'au pourtour de la cavité divisée en logettes alvéolaires, il s'est fait une dissociation des fibres musculaires. Les vaisseaux se montrent nombreux sur cette zone de transition ; leur calibre est variable, le plus souvent petit. Ce sont, pour la plupart, des fentes vasculaires délimitées par une couche endothéliale autour de laquelle se montrent quelques noyaux irréguliers. Tout autour, et comme partant de cette paroi, irradiant des fibrilles formant des trousseaux assez épais le long desquels siègent quelques noyaux allongés. Au milieu de ces fibrilles on peut reconnaître quelques cellules musculaires lisses en voie de destruction et présentant les phases décrites plus haut, avec perte du pouvoir chromogène de leur protoplasma, puis de leur noyau. Les fibrilles déliées d'apparence conjonctive semblent toujours résulter de l'effilochement de ces cellules. En formant des faisceaux groupés les uns contre les autres, ces fibrilles constituent la paroi des cavités. Dans ces parois, on note de place en place et assez souvent des noyaux ronds ou allongés et des vaisseaux petits avec quelques cellules embryonnaires environnantes. De la face interne des faisceaux, partent des fibrilles de plus en plus déliées, qui se dissocient à l'intérieur des cavités. C'est à peine si on aperçoit entre elles quelques noyaux ronds avec un protoplasma assez net tout autour. Dans d'autres cavités, ces fibrilles font place à une substance, qui, sur nos coupes, prend une apparence grenue, amorphe, sans aucun noyau à l'intérieur.

En résumé, cette portion de la coupe se fait remarquer par la vascularisation néo-formative des travées intermédiaires, l'imbibition des fibrilles, leur dissociation, et finalement leur transformation en cette substance grenue qui nous paraît le dernier terme de leur évolution.

b). — Dans la même série, un certain nombre de coupes offrent un

aspect particulier. Examinée à un faible grossissement, l'une d'elles présente trois zones différentes.

1°) Une zone plus externe, où l'on trouve des éléments fibromyomateux lobulés, entre lesquels on aperçoit des plaques de tissu conjonctif avec des vaisseaux entourés de placards assez larges de noyaux embryonnaires.

2°) Une zone intermédiaire qui se fait immédiatement remarquer par le nombre considérable de noyaux siégeant autour des lumières vasculaires également très nombreuses, de calibre et de forme variables, mais toutes moyennes ou petites. Ces groupements de vaisseaux et de cellules périphériques se trouvent bordés et comme sertis par des anneaux de fibres musculaires à noyaux allongés. Avec l'obj. 6 et l'oc. 2, on voit qu'ils sont constitués par une couche de cellules endothéliales assez volumineuses, autour desquelles se groupent quelques noyaux fusiformes entourés eux-mêmes de cellules embryonnaires très nombreuses. Beaucoup de ces vaisseaux se font remarquer par la minceur de leur paroi réduite à la couche endothéliale, par les pointes d'accroissement qui poussent en différents sens, et la multiplicité des cellules qui les entourent. Celles-ci se montrent parfois constituées par un noyau volumineux autour duquel il est difficile de reconnaître une substance protoplasmique ; ce sont les plus nombreuses. D'autres fois, le noyau un peu irrégulier de forme et de volume est entouré d'une bande rose de protoplasma, comme s'il s'agissait de la tranche de fibres musculaires coupées en travers.

3°) Aux confins de cette zone, les vaisseaux et les cellules précédentes deviennent plus nombreux. On n'aperçoit plus que quelques fibres musculaires coupées parallèlement à leur direction et toutes dissociées. Ces fibres perdant leur pouvoir chromogène vont se perdre dans une substance fibrillaire teintée en rose par l'éosine, au milieu de laquelle on reconnaît avec peine quelques noyaux très mal colorés et de plus en plus rares au fur et à mesure que l'on s'éloigne. Le processus semble toujours uniforme, à savoir : vascularisation néo-formative, réaction et infiltration embryonnaire périphérique, mortification des cellules musculaires. Cette dernière zone correspond au contenu des vacuoles décrites macroscopiquement.

III. — *La troisième série de coupes* a porté sur un point du lobe droit de la tumeur qui avait une apparence de nécrose, contenant des débris blanchâtres, le tout imbibé de la même substance semi-liquide, jaune-verdâtre, se prenant en gelée à l'air.

Ces coupes présentent plusieurs points de mortification. Tout d'abord,

dans l'intervalle des éléments fibromyomateux, on distingue des points d'infiltration et de dissociation fibrillaire, qui ont tous pour centre des lumières vasculaires dilatées, à parois infiltrées de cellules embryonnaires et entourées d'un nombre considérable de lumières beaucoup plus petites, néo-formées, et également cerclées de cellules embryonnaires. Cette vascularisation se retrouve aux confins de la portion mortifiée, dans laquelle on retrouve la disposition fibrillaire décrite sur la coupe précédente. Ces détails sont particulièrement remarquables en deux points qui siègent au centre même de la mortification. Ces points forment pour ainsi dire un schéma du processus, toujours le même, déjà décrit.

OBSERVATION II (1).

Dégénérescence œdémateuse. — Nécrose.

Mme F., âgée de 46 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 23 février 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Menstruation à 12 ans : règles toujours régulières, mais abondantes.

Il y a 8 ans, métrorrhagies assez fréquentes, alternant avec de la leucorrhée. Depuis le mois de janvier 1897, les pertes de sang sont presque continuelles ; elles diminuent la nuit, par le décubitus dorsal.

Jamais de douleur, en dehors de deux crises passagères, survenues l'une il y a 5 ans, l'autre l'an dernier. Pas de troubles de compression vésicale ni rectale.

Mais, fait important, *la tumeur a grossi très rapidement*, et dans des proportions considérables depuis le mois d'octobre 1896, c'est-à-dire dans le court espace de temps de 4 mois 1/2.

L'examen de la malade à son entrée donne les résultats suivants :

A l'inspection, ventre volumineux, globuleux, avec une circulation collatérale assez développée et de l'œdème de la paroi abdominale.

Par le palper, on sent une tumeur régulière, lisse, de forme arrondie, de consistance molle, presque fluctuante en avant, avec des portions plus dures à la partie inférieure, remontant à 5 centimètres de l'appendice xyphoïde et remplissant les flancs ; mobilité en tous sens ; pas d'ascite appréciable.

Par le toucher vaginal, on trouve le col remonté, les culs-de-sac effacés ; la tumeur en se développant est remontée au-dessus du petit bassin, entraînant avec elle l'utérus.

Le diagnostic porté, en raison de la consistance molle de la tumeur et

(1) Publiée dans les *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1897.

de son évolution rapide, est celui de fibrome en voie de dégénérescence.

L'opération a lieu le 25 février. Hystérectomie abdominale totale par le procédé du Dr Le Bec.

Suites opératoires excellentes ; la malade quitte l'hôpital le 18 mars.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — La tumeur est de forme ovoïde, à grand axe vertical : elle présente à la partie antérieure quelques traces blanchâtres d'inflammation péritonéale. Elle est lisse, de couleur rougeâtre, avec de fines arborisations vasculaires, et, par endroits, quelques veines destinées à sa surface. Sa consistance est molle, pseudo-fluctuante. Son poids est de 5 kil. 100.

Les deux ovaires, appendus de chaque côté de la tumeur, sont scléro-kystiques. La cavité utérine mesure 18 centimètres.

Deux coupes sont pratiquées dans la tumeur, suivant ses deux grands axes antéro-postérieur et transversal.

La première, qui part de la face antérieure, montre, aussitôt que le couteau a pénétré dans sa masse, une cavité kystique de 5 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur environ, arrondie, de forme régulière, et remplie d'un liquide citrin, gélatineux, qui se prend en gelée au contact de l'air, et se précipite par la chaleur (liquide albumineux). Cette cavité est située entre la capsule de la tumeur et cette dernière, à peu près à égale distance de ses deux pôles supérieur et inférieur ; elle communique avec plusieurs autres plus petits qui l'environnent. La capsule, à ce niveau, est épaisse de 2 centimètres environ ; son épaisseur diminue vers la partie inférieure ou supérieure, où elle est assez minime (1/2 cent.) ; à l'œil nu, elle paraît formée de faisceaux de fibres allongées, infiltrées et dissociées par le liquide déjà signalé ; sur toute sa hauteur, on y remarque de petites cavités allongées, plus ou moins arrondies, dont plusieurs communiquent entre elles.

L'incision continuée, on note l'aspect suivant de la tumeur : dans toute sa masse, celle-ci est parsemée de points ramollis, d'aspect gélatineux, de forme très irrégulière, avec quelques géodes laissant échapper le même liquide citrin déjà trouvé dans la grande cavité kystique ; ces points ramollis sont entourés par des travées d'apparence fibreuse, dures, nacréées, criant sous le couteau, qui se bifurquent et délimitent entre elles des espaces irréguliers, siège des foyers de ramollissement. Ceux-ci prédominent à la partie centrale de la tumeur ; vers la périphérie au contraire, le tissu d'apparence fibreuse est plus abondant.

La coupe transversale est à peu près semblable à la précédente ; toutefois, on y trouve un point particulier ; le centre d'une des zones ra-

mollies, gélatineuses, est occupé par une petite masse un peu plus dure, de couleur jaune mastic, de forme irrégulière, paraissant en continuité directe avec le tissu environnant.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Fixation aux alcools; inclusion au collodion; coloration à l'hématoxyline-éosine.

Trois séries de coupes ont été étudiées en divers points de la tumeur.

1. — *La première série* comprend la section de la capsule et une tranche de fibrome incluse en son intérieur.

a). — Lorsqu'on examine l'une d'elles avec un faible grossissement (obj. 2, oc. 2 de Dumaige), au niveau de la partie interne (myome), on observe des bandes de noyaux musculaires allongés, flexueux, parallèles; on a tout à fait l'aspect des myomes ordinaires. Toutefois, même en cet endroit, on trouve quelques bandes d'un tissu clair, entourant des vaisseaux assez volumineux, tranchant par la pâleur de leur coloration sur le bleu foncé des bandes musculaires, comme si une dissociation commençait déjà en ce point. Plus on avance vers la portion périphérique et plus on voit s'étendre la largeur de ces espaces clairs. L'un d'eux, le plus large, occupe exactement l'intervalle compris entre le myome et la capsule. Au niveau de cette dernière, l'alternance des bandes musculaires et du tissu intermédiaire est des plus nettes.

Avec un fort grossissement (obj. 6, oc. 2), la partie interne de la coupe (myome) ne présente rien de particulier; on y reconnaît des noyaux en bandes parallèles, longs, entourés d'une zone protoplasmique franchement rosée et enserrant les coupes de cellules coupées perpendiculairement à leur direction, dont les noyaux plus ou moins triangulaires, sont également cerclés par une substance protoplasmique rosée. C'est autour des vaisseaux, à la limite externe du myome, que commence vraiment l'apparition des bandes claires. Les vaisseaux qui occupent le centre de ces dernières sont les plus larges de toute la coupe et se montrent entourés de petites lumières vasculaires en nombre considérable; leur paroi est constituée par une couche endothéliale en dehors de laquelle les fibres musculaires sont toutes dissociées par une infiltration extrême de noyaux embryonnaires. Pour les vaisseaux de plus petit calibre, en dehors de l'endothélium dont les cellules présentent un volume relativement considérable, on trouve des cellules embryonnaires en placards plus ou moins larges. Tout autour se voit une substance d'aspect variable suivant les points; parfois c'est un réseau de fibrilles entrecroisées qui semblent se continuer directement avec la paroi du vaisseau et laissent entre elles de véritables mailles. Parfois, c'est, dans leur intervalle, ou constituant toute la plaque d'infiltration,

une substance grenue, d'aspect amorphe, avec quelques noyaux épars en son intérieur. Ces zones d'infiltration vont dissocier les bandes de fibres musculaires lisses qu'elles arrivent à séparer une à une ; il est facile de suivre, avec le fort grossissement, la dégénérescence de ces dernières, qui est caractérisée par la perte de la coloration du protoplasma d'abord, puis du noyau ; les cellules semblent s'effiloche et se résoudre dans ce tractus fibrillaire que nous avons décrit.

b). — Une autre coupe a été choisie en un point où l'espace infiltré entre la capsule et le myome proprement dit est remplacé par une cavité kystique dont le liquide s'est écoulé, et qui prend sur nos coupes une forme triangulaire. L'infiltration est surtout notable du côté de la capsule, et dans ses portions les plus périphériques on n'aperçoit plus que des rares fibres musculaires entre lesquelles se dessinent de larges lacs de substance fibrillaire au centre desquels les vaisseaux se montrent toujours nombreux et entourés de noyaux embryonnaires. A un moindre degré, l'apparence est identique du côté du myome. Les plaques d'infiltration et de dissociation se montrent parfois très larges. Des vaisseaux très nombreux y forment des taches multiples, grâce aux noyaux qui infiltrent leurs parois ou les entourent. Sur un grand nombre de ces plaques, il est possible de reconnaître que l'apparence fibrillaire est due à la dissociation extrême des cellules musculaires que l'on reconnaît grâce à leur noyau très allongé, et qui apparaissent dissociées une à une ; dans cette dissociation, on voit la coupe de fibres musculaires coupées perpendiculairement à leur direction, dont les cellules se montrent également plus ou moins écartées. Sur beaucoup de ces cellules, le noyau se colore à peine, et ici comme ailleurs, on suit le travail de mortification reconnaissable à la perte du pouvoir colorant. Quant à la paroi même de la cavité, elle est constituée par un tissu fibrillaire, ondulé, à noyaux allongés, mal dessinés ; il s'agit évidemment de fibres musculaires dégénérées et tassées les unes contre les autres.

II. — *La 2^e série de coupes* a été prise en plein fibrome, en un de ces points d'apparence gélatineuse, diffuente, que nous avons signalés.

a). — Sur la périphérie de l'une de ces coupes, celle-ci a une apparence lobulée ; au centre des lobules, se montre la lumière de vaisseaux entourés de fibres musculaires coupées perpendiculairement à leur direction. En certains points, on voit l'infiltration débiter exactement à ce niveau ; les noyaux perdent alors leur affinité pour l'hématoxyline et on les aperçoit mal teintés en bleu, plus ou moins séparés les uns des autres. Cette apparence lobulée se perd au fur et

à mesure qu'on avance vers le centre de la coupe. Les fibres musculaires dans une zone intermédiaire se trouvent toutes dissociées, mais encore reconnaissables ; puis, tout à fait au centre, au point qui correspond à l'apparence œdémateuse macroscopique, il est impossible de reconnaître aucune fibre lisse.

On ne voit, en ce point, que la coupe de nombreux vaisseaux petits, à parois embryonnaires, plongés au centre d'un tissu fibrillaire dans lequel on note quelques rares noyaux. Ceux-ci ont des aspects absolument variables : les uns allongés, onduleux, rappellent des noyaux extrêmement réduits de volume de fibres musculaires ; d'autres présentent des pointes multiples. Cette portion de la coupe rappelle exactement les figures histologiques des fibromes mous.

b).— Sur la coupe suivante, on peut suivre tous les détails précédents ; elle peut se diviser en trois zones : une première d'infiltration moyenne périvasculaire ; une seconde, où toutes les fibres musculaires ont fait place à un tissu fibrillaire dans lequel se montrent de très nombreux vaisseaux de nouvelle formation ; enfin, en un point, on n'aperçoit plus d'éléments colorés. On ne voit qu'un tissu d'apparence caséuse, ou bien ayant une texture fibrillaire en certains endroits, comme s'il s'agissait d'une nécrose en masse.

III. — Enfin, des coupes pratiquées au niveau de la muqueuse utérine montrent une certaine atrophie de cette dernière, sans rien autre de particulier.

OBSERVATION 12.

Dégénérescence œdémateuse. — Géodes.

Mme Mu., âgée de 36 ans, a toujours eu, depuis l'âge de 18 ans, des règles difficiles et douloureuses.

Elle ne connaît pas exactement le début de son affection ; il y a environ cinq ans, elle a commencé à ressentir, à intervalles assez rapprochés, des douleurs abdominales, d'ailleurs passagères et très supportables.

Il y a deux ans, elle s'est aperçue que son ventre grossissait, et a senti elle-même dans son abdomen une tumeur peu douloureuse à la pression, mais déterminant en dehors des règles, et sans que rien parût les motiver, des crises douloureuses très intenses, de courte durée (une heure ou deux). Pas de métrorrhagies ni de leucorrhée.

Cette tumeur a grossi progressivement, et a acquis actuellement un volume tel qu'elle gêne la marche ; c'est ce qui décide la malade à se faire opérer.

Examen clinique. — A l'inspection, le ventre est volumineux, régulièrement développé, et montré quelques vergetures.

Par le palper, on sent une tumeur médiane, de forme régulière, arrondie, de consistance molle, presque fluctuante, donnant la sensation d'un kyste de l'ovaire, remontant à 6 ou 8 centimètres au-dessus du pubis, et remplissant les fosses iliaques.

Par le toucher vaginal, on trouve le col effacé, remonté, attiré en haut par la tumeur. Les culs-de-sac sont libres.

Opération (18 octobre 1896). Hystérectomie abdominale totale, par le procédé du Dr Le Bec. On tombe sur un fibrome ramolli ; pas d'incidents opératoires.

Guérison vingt jours après l'opération.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Elle forme une masse volumineuse, développée aux dépens du fond et de la face postérieure de l'utérus qui est situé en avant d'elle ; son poids est de 4 kil. 280. Elle est de forme ovoïde, à grand axe transversal (23 cent.) ; sa surface est unie, lisse, sans lobulation ; le péritoine l'enveloppe et présente quelques épaississements blanchâtres, d'aspect fibreux. Sa consistance est molle, rénitente, presque fluctuante. De chaque côté sont appendues les annexes : les deux ovaires sont kystiques, de la grosseur d'un œuf environ ; les trompes sont normales.

Sur une coupe médiane, allant de la face antérieure à la face postérieure, la tumeur offre les particularités suivantes : la périphérie est constituée par une coque d'enveloppe ayant environ 2 cent. 1/2 d'épaisseur, foliacée et stratifiée, infiltrée jusque dans ses parties superficielles par un liquide jaune citrin, qui en séchant sur les doigts prend une consistance visqueuse et un aspect vernissé, comme une légère couche de collodion très clair. Entre cette partie périphérique et la tumeur, existe un tissu intermédiaire, ressemblant à de la gelée de pomme, d'où s'écoule en grande abondance la même sérosité jaunâtre, et où l'on aperçoit quelques tractus cellulux, et quelques arborisations vasculaires. La tumeur proprement dite présente sur la surface de section un aspect rugueux, inégal, une apparence lardacée, avec de larges trainées blanchâtres, nacrées, criant sous le couteau. Entre elles, existent des points de ramollissement, les uns sous forme de véritables poches enkystées, de dimensions variables (les plus grosses sont du volume d'une noisette), les autres sous forme de trainées insulaires constituées par une matière d'apparence gélatiniforme, tremblotante comme de la gelée ; de ces points s'écoule toujours la même sérosité. Les trainées blanchâtres, dures, paraissent à l'œil dépourvues de vaisseaux ; les parties gélatiniformes, au contraire, sont infiltrées de petites arborisations vasculaires.

Quelques gouttes du liquide qui ramollit la tumeur ont été recueillies aseptiquement en son centre à l'aide d'une pipette, après stérilisation de la surface au fer rouge, et ensemencées sur gélose et bouillon. Les cultures ont été stériles.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Capsule d'enveloppe de la tumeur. — Celle-ci, étalée sur la lame, offre une épaisseur de 2 cent. 1/2 ; on y note à simple vue une dissociation très nette, surtout dans la partie moyenne. Des bandes fortement colorées en bleu par l'hématoxyline alternent en effet avec des bandes claires à peine teintées en rose par l'éosine. Lorsqu'on étudie cette capsule avec les grossissements moyens et forts (oc. 2 et obj. 4, puis oc. 2 et obj. 6 de Du-maige), on voit qu'elle présente une structure fibromyomateuse, avec une vascularisation extrêmement développée. Au niveau des points d'infiltration, ces vaisseaux attirent aussitôt l'attention. Ils offrent toutes les dimensions ; quelques-uns ont une paroi complète, avec des fibres musculaires nombreuses et concentriques : ce sont les plus rares. D'autres, assez nombreux, ont une paroi musculaire relativement moins épaisse ; parmi ces derniers, on en voit qui ont été coupés tangentielllement à leur paroi, ou franchement sectionnés parallèlement à leur direction ; ils serpentent alors en longs circuits et donnent des ramifications latérales. Le plus grand nombre de ces canaux vasculaires sont réduits à la couche endothéliale, et la plupart présentent une dilatation très grande ; on voit dans leur lumière des globules rouges entassés et quelques globules blancs dont le noyau est imprégné de matière colorante. La paroi, pour quelques gros vaisseaux, est infiltrée de cellules embryonnaires ; celles-ci sont rares autour des capillaires néoformés ; c'est le nombre de ces derniers et leur dilatation qui fait vraiment le caractère particulier de cette coupe. Immédiatement en dehors de la paroi, se fait l'infiltration ; celle-ci a des caractères identiques à ce que nous avons décrit dans les observations précédentes : elle se fait principalement au niveau de bandes constituées par du tissu fibreux reconnaissable à ses fibrilles et à quelques cellules allongées, puis elle gagne les groupes de fibres musculaires qui sont séparées une à une ; celles-ci perdent, dans leur protoplasma d'abord, puis dans leur noyau, qui se ratatine pour ainsi dire, l'affinité pour les matières colorantes ; elles se résolvent en un tissu fibrillaire entre les mailles duquel on n'aperçoit plus qu'une substance grenue, presque amorphe. Cette infiltration, qui coïncide toujours avec la présence de vaisseaux néoformés, pénètre les bandes musculaires et les sépare en faisceaux très ténus, dont les cellules centrales ont seules échappé au processus de mortification.

2^e et 3^e *Séries de coupes*. — Le fibromyome a été ensuite examiné en deux points différents : une série de coupes porte en des points d'infiltration œdémateuse, où la substance gélatineuse apparaît enserrée dans des sortes de mailles conjonctives ; l'autre série a été prise en des parties où s'étaient formées de véritables cavités kystiques, du volume d'une noisette. Sur tous ces points, la structure histologique est identique ; on trouve des masses fibromyomateuses lobulées, entourées de tissu conjonctif ; puis, dès qu'apparaissent les plaques d'infiltration, les vaisseaux se multiplient. Ce sont toujours des vaisseaux moyens et surtout petits. Il est à remarquer que ces derniers, réduits à la couche endothéliale, sont extrêmement dilatés ; ils forment même parfois de véritables lacs sanguins dans lesquels on aperçoit des globules rouges et des globules blancs.

Le tissu infiltré est toujours constitué par les mêmes fibrilles plus ou moins enchevêtrées, délimitant des mailles qui emprisonnent la même substance grenue ; ou bien sur d'autres plaques, c'est une dissociation fibre par fibre du tissu musculaire. Ce qui caractérise encore ces coupes, c'est la prolifération vasculaire et aussi la dilatation des néo-vaisseaux, qui forment comme un tissu angiomateux au centre même des plaques, autour desquelles se dessinent souvent des véritables bandes de lumières vasculaires.

Quant aux kystes, ils ne présentent pas de paroi formée par des fibres tassées les unes contre les autres, comme sur d'autres coupes ; il s'agit évidemment de pseudo-kystes par accumulation de la substance d'infiltration.

4^e *Série de coupes*. — Elles ont été prises au niveau de la muqueuse utérine. On y observe une multiplication et une dilatation notable des glandes ; l'épaisseur de la muqueuse est plus considérable qu'à l'état normal. Dans le tissu musculaire avoisinant, autour des vaisseaux, on trouve jusqu'à une certaine profondeur des petits placards de cellules inflammatoires.

OBSERVATION 13.

Dégénérescence œdémateuse.

Mme V... Louise, cultivatrice, âgée de 42 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 25 juin 1896, dans le service du Dr Le Bec.

Pas d'*antécédents héréditaires*.

Antécédents personnels. — Rougeole et bronchites fréquentes dans l'enfance.

Réglée à 13 ans, régulièrement ; quelques pertes blanches dans l'intervalle des règles ; pas d'anémie.

Mariée à 19 ans ; trois enfants à terme ; le dernier a dû être extrait à l'aide du forceps, il y a 9 ans. Suites de couches normales.

L'affection actuelle a débuté il y a trois ans environ par quelques douleurs dans le bas-ventre et les reins ; dès ce moment, la malade a remarqué que son ventre grossissait et a senti une masse dure dans son abdomen.

Jamais de troubles du côté des règles, qui sont régulières et normales comme durée (2 ou 3 jours). Jamais de leucorrhée.

Depuis 3 ans, la tumeur s'est développée petit à petit, sans troubles appréciables autres que quelques douleurs survenant surtout au moment des règles ; elle a continué à grossir progressivement et a acquis ainsi le volume énorme qu'on lui voit aujourd'hui.

Depuis plusieurs mois, la malade a des envies fréquentes d'uriner, surtout quand elle est debout. Elle présente aux jambes quelques varices, et accuse des douleurs à leur niveau quand elle est fatiguée : de plus elle a fréquemment, surtout le soir, de l'œdème des malléoles.

Pas de constipation ; pas de troubles de compression du côté des organes digestifs, malgré le volume énorme de la tumeur. L'appétit est bon, les digestions excellentes, l'amaigrissement peu accentué. Urines normales.

EXAMEN CLINIQUE, le 6 juillet 1896. — *Inspection.* — Ventre volumineux, régulièrement arrondi, débordant le bassin comme le ventre de batracien. Vergetures à la partie inférieure. Cicatrice ombilicale légèrement soulevée. Veines sous-cutanées un peu développées, surtout dans les côtés.

Mensuration. — Circonférence du ventre au niveau de l'ombilic qui est le point le plus saillant : 105 centimètres. Distance du sommet de la tumeur au pubis : 37 centimètres. Distance du sommet de la tumeur à l'ombilic : 13 centimètres.

Palper. — Tumeur médiane, lisse, de forme arrondie, de consistance molle, rénitente. La fluctuation semble exister en un point limité, à gauche de l'ombilic. Pas de mobilité de la tumeur ; pas de douleur à la pression.

Toucher vaginal. — Col légèrement porté à gauche, complètement effacé et atrophié ; l'orifice externe est entr'ouvert et laisse pénétrer l'extrémité de l'index ; il est situé à 10 centimètres environ de la vulve, et par conséquent remonté. Les culs-de-sac sont vides ; on ne sent pas la tumeur.

L'hystéromètre se dirige en haut et un peu à droite, et pénètre à 10 centimètres.

Diagnostic : Fibromyome utérin en dégénérescence kystique à cause

de sa mollesse et de la fluctuation assez nette signalée plus haut.

Opération, le 6 juillet 1896. — Hystérectomie abdomino-vaginale par le procédé du Dr Le Bec. Pas d'incidents, la tumeur est énucléée facilement. Suites opératoires excellentes. La malade quitte l'hôpital le 28 juillet, complètement guérie.

Nous avons eu occasion de la revoir il y a quelques mois, c'est-à-dire plus d'un an après l'opération ; la guérison semble parfaite. La malade n'a pas de douleurs, et accomplit facilement les pénibles travaux de la campagne. Son état général est excellent.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Elle a la forme d'un ovoïde à grand axe vertical, un peu aplati d'avant en arrière. Elle est lisse, arrondie, avec quelques saillies mamelonnées ; sa coloration est légèrement rosée, et l'on aperçoit de fines arborisations vasculaires dessinées à sa surface.

Elle est de consistance molle, avec quelques parties plus dures, et d'autres au contraire tout à fait rénitentes, presque fluctuantes.

Elle prend naissance à la face antérieure de l'utérus, au niveau de l'isthme de celui-ci, par un pédicule d'abord petit, qui s'épaissit rapidement pour former la partie inférieure de la tumeur, de la grosseur du poing environ. En arrière, dans la portion qui correspond à l'insertion de la masse antérieure, naissent trois petits fibromes, répondant dans l'abdomen au cul-de-sac de Douglas, et situés l'un en haut et au milieu, de la grosseur d'une noisette et les deux autres sur les côtés, de la grosseur d'un œuf.

L'utérus, petit, ne semble pas avoir subi de modifications de volume.

Les annexes, ovaires et trompes, paraissent normaux.

Poids de la tumeur : 6 kilogr. 800 grammes.

Sur une coupe sagittale, antéro-postérieure, on aperçoit la masse du fibromyome entourée d'une capsule d'enveloppe peu épaisse, ayant suivant les points 1/2 ou un centimètre, constituée par du tissu fibreux assez dense, criant sous le couteau.

A l'intérieur de cette capsule, la tumeur est molle et toute infiltrée d'une sérosité jaunâtre, qui s'écoule à mesure qu'on la sectionne. La surface de la coupe est parsemée de points ramollis, d'apparence gélatineuse de dimensions très variables. Les uns sont très petits, ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle ; vers le centre de la masse, on observe deux de ces points qui ont le volume d'un œuf de poule. La substance qui les constitue, vue au jour, est transparente, a l'aspect de gelée de pomme que nous avons déjà décrit, une couleur jaune, légèrement verdâtre, et est tremblottante au moindre mouvement.

Dans la portion postérieure de la tumeur, à deux ou trois centimè-

tres de la périphérie, ces points gélatineux se sont transformés en cavités pseudo-kystiques, que l'on voit au nombre de six, et qui renferment un liquide analogue à celui qui imbibe tout le fibromyome.

Entre les points d'infiltration, le tissu fibreux est plus dense, mais peu dur ; il paraît atteint également par le processus de dégénérescence.

Le liquide recueilli dans les cavités signalées plus haut est citrin, clair ; il se prend en gelée à l'air ; soumis à l'action de la chaleur, il se coagule en masse, se comportant comme les liquides fortement albumineux.

Quelques gouttes ont été recueillies aseptiquement à l'aide d'une pipette, en plein centre d'une masse gélatineuse, etensemencées sur bouillon et gélose. Les cultures ont été stériles.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Au niveau de la capsule.

Sur un des bords se montre cette dernière, constituée par du tissu fibreux, puis au-dessous s'étale une large surface constituée par des noyaux et des fibres musculaires au milieu desquelles on aperçoit quelques vaisseaux.

En dedans, et sur toute l'étendue des coupes, on ne voit plus que du tissu infiltré. Celui-ci dessine des mailles onduleuses, parallèles les unes aux autres ou bien irrégulières ; la paroi de ces mailles est constituée par des cellules à noyaux allongés de fibres musculaires lisses, tandis que la cavité est remplie de la même substance fibrillaire avec quelques noyaux perdus dans cette substance.

L'écartement de ces sortes de fibrilles s'exagère en certains points, et à ce niveau on note la présence de vaisseaux volumineux à lumière large ; leur paroi est mal colorée ; on y reconnaît difficilement des fibres musculaires concentriques dont les plus externes se dissocient et s'effilochent pour aller se mêler au tissu œdémateux.

2^e Série de coupes. — Elles ont été prises en quatre points différents de la tumeur, présentant tous la même infiltration.

Au microscope, elles ont la même structure. Sur quelques points isolés, on voit des petits amas de fibres musculaires perdus au milieu de l'œdème. Partout ailleurs, ce sont des loges de forme absolument irrégulière ; sur les parois de ces alvéoles, s'étendent des noyaux allongés et flexueux de fibres musculaires qui se dissocient vers les bords, en se continuant par le même tissu fibrillaire. Quelques alvéoles sont remplis de ce dernier, avec des noyaux épars, très mal colorés ; mais le plus grand nombre de ces cavités sont comblées par une substance grenue qui rappelle en tous points celle que l'on rencontre dans

l'œdème du poumon. Le long des parois, et quelquefois aussi en pleine cavité, se montrent des vaisseaux petits ou dilatés ; leur paroi est légèrement infiltrée de noyaux arrondis, d'apparence embryonnaire.

3^e Série de coupes. — Au niveau de la muqueuse utérine.

Celle-ci présente des culs-de-sac glandulaires tortueux et multipliés, et son épaisseur est considérable en certains points. Le tissu myomateux sous-jacent n'offre rien de particulier.

OBSERVATION 14.

Dégénérescence œdémateuse. — Géodes.

Mme L., Anna, âgée de 48 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 14 janvier 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Menstruation à 17 ans ; règles douloureuses, irrégulières, peu abondantes ; pertes blanches dans l'intervalle.

Mariée à 20 ans ; un seul enfant, à 23 ans. L'accouchement a été normal, mais les suites de couches ont été pénibles, s'accompagnant de douleurs et de métrorrhagies.

En 1883, influenza qui affaiblit beaucoup la malade ; depuis cette époque, les règles sont douloureuses et très abondantes.

Il y a 4 ans, la malade a senti elle-même une tumeur dans son flanc gauche. A ce moment, elle avait des mictions très fréquentes (15 à 20 par jour) ; les règles survenaient toutes les trois semaines, parfois tous les quinze jours ; dans l'intervalle, leucorrhée.

Au mois d'octobre 1896, les métrorrhagies cessent pendant un mois ; mais, le mois suivant, elles reviennent plus abondantes qu'auparavant, et depuis ce temps la malade est constamment dans le sang, mouillant, dit-elle, jusqu'à 15 serviettes par jour.

Elle se décide enfin à entrer à l'hôpital, très amaigrie et anémiée par ces pertes de sang continuelles qui l'épuisent depuis longtemps.

EXAMEN CLINIQUE. — Le 17 janvier 1897. A l'inspection, le ventre est irrégulièrement développé, proéminent surtout à droite où les fausses côtes paraissent soulevées ; il montre une légère circulation collatérale des veines de la paroi.

Au palper, on sent une tumeur dure, lisse, de forme irrégulière, comme formée de deux lobes inégaux, développée surtout dans la portion droite de l'abdomen où elle remplit toute la fosse iliaque droite et remonte presque jusqu'aux fausses côtes, et s'étendant à gauche jusqu'au milieu de la fosse iliaque. A la partie antérieure droite, on sent nettement l'ovaire, douloureux à la pression, appendu à la tumeur. La mobilité latérale est possible, mais peu étendue.

Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus petit, atrophié, attiré en haut par la tumeur qui est remontée au-dessus du petit bassin. Les culs-de-sac sont libres.

Diagnostic : fibrome utérin.

Opération le 18 janvier 1897. Hystérectomie abdomino-vaginale, procédé du Dr Le Bec. Adhérences intestinales nombreuses ; hémorrhagie assez sérieuse par les veines énormes qui sillonnent la surface de la tumeur.

Après l'opération, injection intra-veineuse, par la médiane céphalique, de 2 litres de sérum artificiel (formule de Hayem).

Guérisson ; la malade sort de l'hôpital le 25 février 1897.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Enorme fibromyome de l'utérus, pesant 3 kil. 800 grammes, rosé, lisse, sillonné de grosses veines bleuâtres très dilatées, et présentant à son pôle supérieur des varices lymphatiques en chapelet de la grosseur de l'index. Consistance molle, pseudo-fluctuante.

Sur une coupe sagittale, on aperçoit la capsule de la tumeur toute infiltrée de liquide séreux, qui s'écoule sous le couteau, et stratifie les différentes couches du tissu : en quelques points, ce liquide s'est accumulé en formant de véritables cavités de forme plus ou moins irrégulière, à parois lisses et brillantes.

Au-dessous de la capsule, apparaît le tissu du fibromyome ; il est infiltré par la même sérosité qui tantôt ramollit simplement la substance de la tumeur, tantôt se réunit en de petites cavités ou géodes de dimensions très variables, très nombreuses sur la surface de section, et dont quelques-unes atteignent le volume d'un œuf de pigeon. Dans l'intervalle, apparaissent quelques travées blanchâtres, plus dures, d'aspect fibreux.

Le liquide qui imbibe la tumeur, de couleur jaunâtre, se prend en gelée à l'air ; sous l'action de la chaleur il se coagule, dénotant ainsi sa nature albumineuse. Enfin, cultivé sur bouillon et gélose, après avoir été recueilli aseptiquement, il ne donne rien : les cultures demeurent stériles.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

1^{re} *Série de coupes*. — Au niveau de la capsule. — Elles présentent successivement, lorsqu'on les examine avec le faible grossissement, une capsule, une zone d'infiltration entre celle-ci et le myome, puis le tissu myomateux lui-même, dans la zone moyenne duquel s'intercale un tissu aréolaire complètement infiltré.

La capsule, peu épaisse, est constituée par du tissu fibreux avec quelques vaisseaux.

Immédiatement au-dessous, on voit un certain nombre de lumières vasculaires de faible calibre, dont les parois sont bourrées de noyaux embryonnaires, ce qui les rend très irrégulières. Tout autour, le tissu œdématisé se présente constitué par une substance vaguement fibrillaire, dans laquelle on note la présence de quelques vaisseaux à parois également infiltrées. Ce tissu, qui forme comme le fond de la préparation, renferme des fibres musculaires toutes dissociées, dont le protoplasma se confond et se continue avec les fibrilles, et dont le noyau ratatiné se colore mal par l'hématoxyline.

Plus en dedans, se placent des amas de noyaux très fortement colorés, groupés autour de lumières vasculaires. Il s'agit évidemment de noyaux de fibres musculaires que l'on reconnaît soit à leur longueur, quand ils se montrent coupés parallèlement à leur direction, soit à leur groupement et au protoplasma qui les entoure, quand ils ont été sectionnés perpendiculairement.

En dedans de ces amas, la coupe est constituée par des logettes plus ou moins larges, de forme irrégulière, dont l'intérieur est rempli tantôt d'une substance fibrillaire très déliée et colorée en rose, sans noyaux; tantôt et plus souvent d'une substance grenue, amorphe. Les parois des logettes sont formées par des cellules à noyaux allongés, et aux entrecroisements des faisceaux, on observe fréquemment des petits vaisseaux constitués par un endothélium et quelques fibres musculaires concentriques.

En continuant à parcourir la coupe, on retrouve du tissu myomateux groupé autour des vaisseaux, puis une infiltration analogue à la précédente.

2^e *Série de coupes.* — Au-dessous de la capsule.

Elles présentent une très large plaque de dégénérescence, dans laquelle on n'observe plus que quelques ilots bien colorés.

Il s'agit toujours du même aspect aréolaire, avec le même tissu fibrillaire ou d'apparence œdémateuse à l'intérieur; les parois de ces aréoles sont également constituées par des fibres musculaires toutes dissociées et amincies, le long desquelles des vaisseaux nombreux, entourés de noyaux embryonnaires, forment tache. Au centre du tissu de dégénérescence, se trouve la coupe de deux gros vaisseaux, dont la cavité est remplie par un caillot, et dont la paroi est très mal colorée. On n'y observe que quelques noyaux de fibres musculaires, malgré le diamètre de la lumière, et des noyaux ronds, embryonnaires. Au contact de la paroi, on voit dans le caillot des amas de globules blancs, mais il n'existe pas de travail d'organisation.

3^e *Série de coupes.* — Au niveau des géodes.

a).— Coupe portant sur les parois d'une petite cavité du volume d'un pois.

A la périphérie, le tissu myomateux n'offre pas de lobulation. Ce qui frappe, c'est la présence de taches nucléaires très fortement colorées, qui ont toutes pour centre un vaisseau à parois très nettement infiltrées et entourées de noyaux. Le nombre de ces vaisseaux est considérable sur toute l'étendue de la coupe.

Au voisinage de la cavité, ce tissu devient aréolaire comme précédemment ; finalement, les fibrilles qui délimitent ces cavités se tassent les unes contre les autres, pour former une pseudo-paroi au kyste, dont le contenu liquide a disparu.

b). — Coupe portant sur les parois d'une grande cavité, du volume d'un œuf de pigeon.

Elle présente des points où l'on retrouve l'aspect lobulé du fibromyome, au milieu de plaques très largement infiltrées. Il faut noter que les lobules myomateux sont dissociés eux-mêmes en plusieurs divisions par des petites bandes de tissu fibrillaire au milieu desquelles on aperçoit la coupe de vaisseaux. Comme toujours, ceux-ci se montrent très nombreux au milieu des plaques d'infiltration. Ceux qui ont un certain volume présentent des parois irrégulières, infiltrées, mais le plus grand nombre sont représentés par des petits vaisseaux jeunes, presque embryonnaires.

La paroi du kyste est constituée par des fibrilles roses, tassées les unes contre les autres, avec un noyau un peu allongé.

OBSERVATION 15.

Dégénérescence œdémateuse.

Mme B..., âgée de 34 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 18 juillet 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels. Ménstruation à 15 ans ; règles toujours régulières, mais abondantes. Une seule grossesse il y a 14 ans ; accouchement normal.

Depuis 4 ans environ, les règles sont devenues très abondantes ; par intervalles, elles reviennent tous les 15 jours, puis reprennent leur époque régulière.

Pas de douleurs ; pas de troubles de compression.

La malade est très pâle et très affaiblie par ses métrorrhagies.

Examen clinique, le 20 juillet. Par le palper, on sent une tumeur régulière, dure, remontant presque jusqu'à l'ombilic.

Par le toucher vaginal, on trouve le cul-de-sac antérieur rempli par

une masse arrondie, ferme, qui est en continuité avec celle qu'on sent par le palper. Le cul-de-sac postérieur est libre.

Diagnostic : fibromyome développé aux dépens de la face antérieure de l'utérus.

Opération, le 26 juillet. Hystérectomie vaginale ; l'ablation est longue et difficile, car la tumeur est ramollie et se déchire sous les pinces qui la saisissent.

Suites opératoires excellentes. La malade sort de l'hôpital complètement guérie à la fin d'août 1897.

Elle est revue deux mois après ; elle ne ressent pas de douleurs et a repris son travail ; son état général paraît excellent.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Celle-ci, enlevée par morcellement, présentait à peu peu près le volume d'une tête d'enfant à terme ; elle était nettement encapsulée, et occupait la face antérieure et le fond de l'utérus.

Sur la coupe, elle a un aspect jaunâtre ; elle est ramollie et infiltrée de sérosité qui, en quelques points, s'est accumulée en de petites cavités. Par endroits, on aperçoit des travées blanchâtres, plus dures.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *1^{re} Série de coupes.* — Ellés portent sur toute l'épaisseur de la capsule qui enveloppe la tumeur. — Celle-ci est constituée par du tissu musculaire groupé en faisceaux très régulièrement ordonnés, dans l'intervalle desquels s'étendent de larges bandes de tissu conjonctif ; c'est dans ce dernier que se montrent le plus grand nombre des vaisseaux, bien qu'on en trouve aussi quelques-uns qui s'insinuent dans l'interstice des faisceaux musculaires.

Ce tissu conjonctif est fasciculé ; il est compact en certains endroits, tandis qu'en d'autres points les fibrilles se dissocient et laissent entre elles des alvéoles de forme irrégulière.

A ce niveau, on note la présence de petits vaisseaux, jeunes, réduits à l'endothélium, de sorte qu'en parcourant les coupes il semble bien qu'il y ait une relation entre la présence de ces néo-vaisseaux et la dissociation œdémateuse du tissu conjonctif.

2^e Série de coupes. — Celles-ci, prises à l'union de la capsule et du fibromyome, montrent au niveau de la capsule un aspect analogue aux précédentes.

La tumeur elle-même est constituée par du fibromyome fasciculé, au centre duquel on aperçoit de toutes petites logettes remplies d'une substance grenue, œdémateuse, avec quelques noyaux ronds au milieu de cette substance. La paroi de ces petites alvéoles est constituée par des fibres musculaires tassées les unes contre les autres ou au contraire effilochées et dissociées suivant les endroits.

Au voisinage de ces cavités, on en voit d'autres plus petites encore, qui en représentent comme le premier stade, à savoir la séparation et l'éparpillement des cellules musculaires par une substance également grenue, avec quelques noyaux appartenant à des cellules rondes, dont le protoplasma, bien visible, est granuleux. A ce niveau, on remarque la présence de quelques vaisseaux réduits à une seule couche endothéliale. Il semble bien que les plus grands des alvéoles ne soient que l'exagération de cette infiltration œdémateuse interstitielle.

OBSERVATION 16.

Dégénérescence œdémateuse. — Géodes.

Mme C., âgée de 51 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 30 juillet 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Pas d'*antécédents héréditaires*.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 10 ans; otite gauche consécutive : mastoïdite et trépanation de la mastoïde à 19 ans.

Menstruation à 16 ans 1/2; règles régulières, normales.

Pas de grossesse. Bronchites, dyspnée presque continue.

Il y a une dizaine d'années, métrorrhagies abondantes, survenant toutes les trois semaines environ, et durant une semaine environ; dès cette époque, le ventre a commencé à grossir, et s'est développé progressivement, lentement, prenant un volume énorme et occasionnant des troubles respiratoires assez sérieux.

Depuis deux ans, les métrorrhagies sont moins abondantes et moins fréquentes : elles ne surviennent que tous les 2 ou 3 mois. Les phénomènes de compression ne sont pas très marqués; il y a rarement de l'œdème des malléoles, et l'intestin fonctionne à peu près régulièrement. Depuis un mois cependant, on note quelques troubles urinaires : les urines sont abondantes (250 gr. par jour); elles sont très chargées de dépôt; et il est nécessaire de les filtrer pour en faire l'analyse; elles ne contiennent ni sucre ni albumine.

EXAMEN CLINIQUE. — Le 31 juillet.

Inspection : Ventre très volumineux, régulièrement développé; hernie ombilicale très apparente. Circulation veineuse collatérale.

Palper : Tumeur arrondie, lisse, de consistance molle, presque fluctuante, remontant à 5 centimètres de l'appendice xyphoïde, et atteignant presque les fausses côtes; elle est immobile, en raison de son volume énorme.

Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic : 115 centimètres.

Toucher vaginal : Col petit, entr'ouvert par des polypes muqueux qui en sortent. La tumeur est remontée et inaccessible par le vagin.

L'*hystérométrie* est impossible par suite de déviation de la cavité utérine ; l'instrument pénètre à 2 ou 3 centimètres et est arrêté.

L'*auscultation* des poumons ne révèle rien de particulier ; l'auscultation du cœur fait entendre un léger souffle au premier temps, à la pointe.

L'état général est mauvais ; la malade est amaigrie, et a perdu l'appétit, en raison probablement de la compression que la tumeur exerce sur l'estomac et l'intestin.

Diagnostic : A cause de la consistance molle, pseudo-fluctuante de la tumeur et du mauvais état général persistant malgré la diminution des métrorrhagies, on pense à un fibrome utérin en voie de dégénérescence.

Opération, le 2 août 1897. Laparotomie. Adhérences intestinales extrêmement étendues, qui font hésiter un moment à continuer l'opération. Elles sont disséquées lentement, et l'ablation totale peut être pratiquée par le procédé ordinaire sans hémorrhagie importante.

Immédiatement après l'opération qui a été très laborieuse, injection de sérum de un litre, qui remonte un peu la malade. Mais elle ne tarde pas à s'affaïsser de nouveau, elle meurt le lendemain matin, insensiblement, sans réaction.

L'*autopsie* est faite 26 heures après la mort : on ne trouve rien dans le ventre, ni écoulement sanguin, ni écoulement séreux. La mort a dû survenir par schok, par affaiblissement cardiaque.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Enorme fibromyome du poids de 11 k. 500 grammes, développé aux dépens de la face postérieure de l'utérus. La cavité utérine située en avant mesure 22 centimètres.

Les deux ovaires sont légèrement kystiques.

Sur une coupe antéro-postérieure, médiane, la tumeur apparaît toute infiltrée de sérosité jaunâtre ; elle est parsemée de points ramollis d'apparence gélatineuse, qui, en certains endroits, font place à des petites cavités de dimensions variables, à parois irrégulières, remplies du même liquide. Dans l'intervalle des points dégénérés, on voit du tissu fibromyomateux plus dense, formant de larges traînées qui s'insinuent entre ces points.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Elles portent sur des points ramollis pris dans l'intérieur de la tumeur et renfermant des géodes.

a). — L'une de ces coupes présente dans les trois quarts de son étendue du tissu myomateux lobulé d'apparence normale. A la partie centrale,

s'étend une surface de forme triangulaire, déchiquetée même à l'œil nu, et qui, au microscope, offre l'apparence suivante : Ce sont des ilots ou des bandes de noyaux séparés par des vides représentant des logettes de forme variable, le plus souvent allongées en rectangle ou en losange. Dans toute cette portion de la coupe, se montrent des lumières vasculaires que l'on ne retrouve point avec la même netteté au niveau du tissu myomateux lobulé normal.

Avec un fort grossissement (oc. 2, obj. 6 de Dumaige), on voit que les ilots ou les bandes nucléées sont formées par les noyaux de cellules musculaires rencontrées parallèlement ou perpendiculairement à leur direction. Comme toujours, les cellules les plus externes de ces bandes perdent leur pouvoir colorant, se dissocient en fibrilles le long desquelles se dessine un noyau ratatiné et très mal coloré ; c'est ainsi que sont constituées les parois des logettes. Dans ces dernières, se perdent, vers la périphérie, quelques-unes de ces cellules plus ou moins nécrosées. La cavité même est vide de toute substance sur presque toutes ces alvéoles ; dans les plus petites, se dessinent quelques tractus fibrillaires mal colorés.

Quant aux vaisseaux, dont le nombre constitue le point particulier de ces espaces dissociés, les uns ont une paroi musculaire bien développée ; ce sont de beaucoup les plus rares. Presque tous n'ont qu'une paroi endothéliale, et leur lumière offre des dimensions très variables ; pour la plupart, ce sont de petites cavités ; quelques-uns cependant sont dilatés ; des globules rouges se voient à l'intérieur. Il existe à ce niveau une prolifération et une néoformation vasculaire qu'on ne retrouve en aucun autre point de la préparation.

b). — Cette coupe, prise en un point voisin de la précédente, présente dans toute son étendue un aspect dissocié, mais à des degrés variables.

En quelques points de la périphérie, on retrouve du myome à peu près normal.

A mesure qu'on s'avance vers le centre, les fibres musculaires s'écartent, et laissent entre elles des logettes remplies de tissu fibrillaire ou de cette substance grenue qui rappelle celle de l'œdème. Au centre même de la préparation, autour de deux larges vaisseaux, la dissociation est portée à l'extrême. On ne voit plus que la substance œdémateuse avec de petits ilots de fibres musculaires.

Dans la lumière de ces vaisseaux, sont restés des globules rouges adhérents à la paroi endothéliale, mais sans trace d'organisation. La couche sous-endothéliale de ces vaisseaux est très peu nucléaire : c'est une substance colorée en rose par l'éosine, amorphe ; il s'est fait là un travail de nécrose remarquable.

Tout autour, et en plein tissu infiltré, on voit une quantité considérable de vaisseaux réduits à leur couche endothéliale ; quelques-uns sont dilatés, et on reconnaît en leur intérieur des globules rouges. Sur aucune autre coupe de cette tumeur, nous n'avons eu à noter une semblable vascularisation : cette dernière donne à ces points un véritable aspect angiomateux.

L'extrémité de la préparation correspond à une géode dont la paroi est constituée par du tissu fibrillaire tassé en faisceaux en certains points, tout dissocié et déchiqueté en d'autres, au centre duquel on remarque encore les mêmes néo-vasseaux sanguins.

Dissociation œdémateuse, dégénérescence nécrotique de la paroi des gros vaisseaux, dilatation et néoformation extrême des capillaires, telle est la caractéristique de cette préparation.

c). — Une troisième coupe porte sur les parois d'une géode du volume d'une noisette, prise à quelques centimètres de distance de la précédente ; elle offre exactement les mêmes caractères.

2^e Série de coupes. — Elles ont été prises à la périphérie de la tumeur, et représentent la capsule avec une tranchée de la masse sous-jacente.

a). — L'une d'elles renferme la section d'une cavité située à la périphérie du fibromyome, immédiatement sous la capsule.

Cette dernière est constituée par du tissu myomateux et ne présente rien de particulier. Quant au tissu qui environne la cavité, il montre près de l'une des extrémités de celle-ci la coupe d'un large vaisseau rempli de sang, et dont la couche sous-endothéliale n'a presque pas de noyaux colorés. La couche musculaire de ce vaisseau se dissocie en dehors, et ses cellules musculaires se perdent au milieu du tissu œdémateux. Ce dernier forme une large plaque immédiatement en contact avec le vaisseau. Sur presque toute l'étendue de la cavité, la paroi est constituée par un tissu infiltré tout effloché, au milieu duquel se dessinent les coupes de nombreux capillaires.

Un seul point diffère en ce que le tissu dissocié est remplacé par une sorte de gangue amorphe, au milieu de laquelle sont perdus des ilots de cellules musculaires ; il semble qu'en ces points il se soit fait une nécrose aiguë des faisceaux, dont on reconnaît encore l'apparence lobulée dans ce tissu dont les noyaux ne se colorent plus.

b). — Deux autres coupes provenant de points infiltrés voisins ont été examinées ; on y remarque toujours la même vascularisation en rapport avec l'infiltration.

OBSERVATION 17.

Dégénérescence œdémateuse.

Madame P... Marie, domestique, âgée de 46 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 2 janvier 1898, dans le service du Dr Le Bec, pour tumeur abdominale.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Menstruation à 16 ans; règles toujours régulières. Pas de grossesse.

Il y a 3 ans environ, métrorrhagies abondantes au moment des règles qui durent 10 à 12 jours, et sont douloureuses; dans l'intervalle, leucorrhée assez abondante. Cet état a persisté jusqu'à maintenant sans grands changements.

La tumeur a été reconnue il y a 4 mois seulement; à ce moment, elle était petite et dépassait le pubis de deux travers de doigt. *Elle s'est développée très rapidement*, et dans ce court espace de quatre mois, a acquis un volume considérable. Malgré cela, elle n'a eu aucun retentissement sur l'état général qui est resté assez bon; l'appétit est conservé; il n'y a pas eu d'amaigrissement appréciable. On note seulement quelques troubles de compression mécanique; constipation, pollakiurie, varices et œdème des membres inférieurs. Pas de douleurs dans l'intervalle des règles.

EXAMEN CLINIQUE, le 3 janvier 1898.

Inspection. — Ventre arrondi, globuleux, régulièrement développé. Ni vergetures, ni circulation veineuse collatérale apparente.

Palper. — Tumeur arrondie, lisse, de consistance molle, rénitente, presque fluctuante par endroits, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt, et remplissant les deux fosses iliaques. A droite, un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, on sent un cordon de la grosseur du doigt, ayant une extrémité arrondie, douloureux, à la pression, qui représente probablement la trompe et l'ovaire placés en avant de la tumeur. Mobilité latérale assez facile.

Toucher vaginal. — Col à 8 ou 9 centimètres de la vulve. Le cul-de-sac antérieur est rempli par la tumeur. Le cul-de-sac postérieur paraît libre.

Diagnostic : En raison de l'accroissement rapide de la tumeur, de sa consistance pseudo-fluctuante, on pense à un fibromyome utérin en voie de dégénérescence.

Opération, le 4 janvier 1898. Hystérectomie abdomino-vaginale, par le procédé du Dr Le Bec. Pas d'incidents opératoires. La malade sort de l'hôpital complètement guérie le 24 janvier.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Fibromyome volumineux, du

poids de 3 kilogrammes 450 grammes, développé aux dépens de la face postérieure de l'utérus, de forme ovoïde à grand axe vertical, de consistance très molle.

L'utérus est situé en avant de la tumeur ; la cavité utérine mesure 18 centimètres. Les ovaires sont légèrement kystiques.

Une coupe sagittale de la tumeur montre, sur toute la périphérie, une capsule d'enveloppe ayant une épaisseur variable de 1 à 2 centimètres, lamelleuse, infiltrée de sérosité. Entre celle-ci et le fibromyome proprement dit, s'étend une masse gélatineuse, qui par places forme des sortes de cavités kystiques remplies de la même sérosité jaunâtre. Enfin, la masse principale est parsemée de points d'infiltration présentant le même aspect de gelée de pommes, de couleur jaune verdâtre, laissant écouler le même liquide ; dans l'intérieur de ces points, on aperçoit quelques tractus blanchâtres d'apparence fibreuse et quelques vaisseaux. Les parties intermédiaires de la tumeur sont constituées par des larges traînées blanchâtres, dures, criant sous le scalpel, comme le tissu fibromyomateux normal.

Une certaine quantité de la sérosité contenue dans les parties gélatineuses ou pseudo-kystiques de la tumeur a été recueillie pour l'analyse chimique. Quelques gouttes, recueillies aseptiquement, ont été ensemencées sur bouillon et gélose : les cultures sont demeurées stériles.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Capsule de la tumeur.

Examinées avec le faible grossissement (oc. 2, obj. 2 de Dumaige), les coupes montrent une disposition régulière, en ce sens que tous les éléments myomateux se présentent soit sous forme de bandes longitudinales plus ou moins larges, soit sous forme de nodules bien ordonnés.

Mais tout le tissu intermédiaire présente une infiltration remarquable ; celle-ci s'exagère au maximum vers le centre des coupes, et en ce point elle est tellement abondante qu'il s'est fait pour ainsi dire une dissection microscopique des éléments primitifs.

Avec le fort grossissement (oc. 2, obj. 6), les fibres musculaires n'offrent rien de particulier, du moins dans la région périphérique. Le tissu intermédiaire est un tissu fibreux fasciculé, dans les fibrilles s'écartent au fur et à mesure qu'on se rapproche du centre.

Dans l'intervalle, on voit des cellules allongées et quelques cellules rondes.

Les vaisseaux se dessinent avec une grande netteté dans ce tissu dissocié ; ce sont des vaisseaux de tout calibre, mais presque tous présentent des fibres musculaires bien constituées. La dissociation cen-

trale se fait autour de quelques gros vaisseaux adultes, dans l'intérieur desquels on reconnaît des globules rouges et blancs bien conservés, il n'y a pas de caillot organisé.

Tout autour, les fibrilles connectives sont séparées de façon à délimiter de petites loges où elles se perdent au milieu d'une substance grenue, d'apparence œdémateuse.

2^e Série de coupes. — Celles-ci, prises dans l'intérieur de la tumeur, en divers points ramollis, gélatineux, présentent un aspect identique.

Leur périphérie est constituée par un tissu analogue à celui des coupes précédentes, aux points correspondants.

C'est un tissu myomateux lobulé, dont la lobulation est exagérée par l'infiltration du tissu interstitiel.

En se rapprochant du centre, dans une zone intermédiaire, on voit des éléments musculaires séparés sous forme de bandes ou d'îlots, et le tissu qui les sépare est toujours constitué par des fibrilles dissociées avec quelques noyaux un peu allongés et aussi des cellules rondes à noyau bien net et à protoplasma granuleux. Les cellules musculaires qui bordent ces placards d'infiltration sont toutes effilochées sur les bords. On y voit des vaisseaux qui se dessinent entourés de cellules musculaires, les plus externes de celles-ci se continuant avec le tissu fibrillaire.

Tout au centre des coupes, l'infiltration forme un très large placard qui en occupe le tiers environ. On y voit un tissu dont les fibrilles sont extrêmement déliées et forment un chevelu élégant ; au milieu ou sur les bords de ces véritables lacs, existent des vaisseaux entourés de fibres musculaires qui constituent des îlots de tissu myomateux perdus dans cette zone. On aperçoit très peu de noyaux au milieu de toutes ces fibrilles ; ce sont parfois de petits noyaux allongés ; mais la plupart appartiennent à des cellules rondes, à protoplasma granuleux.

Sur plusieurs points, au lieu de cette substance fibrillaire, on trouve une substance grenue qui rappelle exactement celle de l'œdème, et occupe une certaine étendue.

OBSERVATION 18.

Fibromyome œdémateux. — Géodes.

Mlle M..., âgée de 49 ans, cuisinière, entre à l'hôpital St-Joseph le 12 janvier 1898, dans le service du Dr Le Bec. Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Menstruation à 16 ans ; jamais de leucorrhée.

A 44 ans, fracture de 2 côtes, à la suite d'une chute.

En juillet 1897, phlébite variqueuse au niveau du mollet droit, survenue sans aucune cause appréciable, sans lésions des téguments ; cette phlébite a suivi d'abord une marche ascendante et a atteint le triangle de Scarpa, s'accompagnant de phénomènes généraux peu intenses (38°5 de temp.). La phlébite a gagné le côté opposé par les veines crurales, et a suivi, à gauche, une marche descendante, se montrant d'abord au triangle de Scarpa, puis au mollet, et s'accompagnant d'une recrudescence des phénomènes généraux.

C'est à ce moment qu'en l'examinant on lui trouve un fibrome, qui n'a jamais provoqué de symptômes bien nets.

EXAMEN CLINIQUE. — *Palper.* — Tumeur située sur la ligne médiane, ferme, arrondie, remontant un peu au-dessus de l'ombilic, et remplissant la moitié des fosses iliaques, mobile transversalement.

Toucher vaginal. — Col petit, très haut placé. La tumeur est peu accessible par la voie vaginale.

Diagnostic : Fibromyome utérin.

Opération, le 17 février 1898. — Hystérectomie abdomino-vaginale par le procédé du Dr Le Bec. Pas d'incidents. Les fils des pédicules sont enlevés le 3 février. La malade est en bonne voie de guérison.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. Fibromyome du poids de 1100 gr. développé aux dépens du fond de l'utérus ; sa consistance est ramollie.

Sur une coupe, il apparaît parsemé de points gélatineux et de petites géodes remplies de sérosité jaunâtre, disposés irrégulièrement et entourés de travées blanchâtres de tissu fibromyomateux plus dur.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Elles comprennent la capsule et une portion de la tumeur toute infiltrée, dans laquelle, à l'œil nu, on reconnaît la présence de plusieurs géodes, dont une, beaucoup plus volumineuse que les autres, offre les dimensions d'une noisette.

La capsule est constituée par du tissu musculaire avec des bandes de tissu conjonctif interposées, et dès les parties les plus superficielles, on remarque que ce tissu conjonctif, autour des vaisseaux petits ou gros, a une tendance très manifeste à dissocier ces fibrilles de façon à former des placards roses, constitués par ces fibrilles onduleuses parallèles les unes aux autres au milieu desquelles on voit quelques noyaux un peu allongés ; à côté des gros vaisseaux à parois musculaires assez épaisses, on trouve aussi d'autres cavités vasculaires, larges, mais dont la paroi n'est formée que par un endothélium. Dans ces

lacs d'infiltration, s'observent quelques ilots de fibres musculaires bien groupés, dissociés simplement au niveau de leur périphérie.

Le centre des géodes est occupé, pour les plus petites, par une substance grenue, rose, avec quelques cellules à noyau bien coloré et à protoplasma granuleux. La périphérie est constituée par des fibres musculaires repoussées les unes contre les autres. A côté de ces petites logettes, s'en dessinent d'autres incomplètement formées, constituées par des fibres musculaires et conjonctives, ces dernières s'effilochant dans la cavité où on ne retrouve plus qu'elles, formant un petit chevelu, mélangé ici comme ailleurs à quelques cellules rondes et granuleuses. Des vaisseaux jeunes, à paroi endothéliale, s'observent dans toutes ces régions.

Quant aux géodes les plus larges, leur contenu a disparu, et on n'en voit plus que la paroi constituée par les fibres musculaires tassées les unes contre les autres.

2^e et 3^e *Séries de coupes*. — Elles portent sur des points gélatineux pris en diverses régions de l'intérieur du fibromyome.

On y voit des placards de tissu fibromyomateux lobulé ordinaire, qui s'infiltrant peu à peu comme sur les coupes précédentes.

Dans les points d'infiltration moyenne, on voit d'une façon très nette la dissociation des cellules qui forment de toutes petites logettes dans les parois desquelles se dessinent des lumières vasculaires petites, endothéliales. Dans les plus petites, on ne voit qu'un chevelu fibrillaire, tandis qu'au centre des préparations les alvéoles, doublent et triplent même d'étendue; la paroi extrêmement déliée n'est plus constituée que par quelques fibres musculaires accolées et le contenu est représenté par une substance grenue, rose, toujours la même.

OBSERVATION 19.

Fibromyome œdémateux opéré.

Petit fibromyome douloureux, du poids de 560 grammes, opéré le 4 février 1897 par M. Michaux; il est développé aux dépens du fond de l'utérus et représente environ le volume d'une bonne orange.

Sur la coupe, il montre une apparence gélatineuse dans presque toute son étendue; mais les points infiltrés ont une couleur jaune orange, analogue à de la gelée de coings, un peu plus foncée que ce que nous avons observé d'habitude. Par places, existent de petites géodes irrégulières, remplies de sérosité jaunâtre. Dans l'intervalle des points ramollis, on voit des travées de tissu plus dur, blanchâtre, d'aspect fibreux.

Au-dessous du fibromyome principal, il en existe un autre plus petit, du volume d'un œuf de poule, développé au niveau du col de l'utérus, d'aspect rosé, et assez mou (1).

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Périphérie de la tumeur et masse gélatineuse attenant à celle-ci.

Elles comprennent trois régions bien différentes. Tout à la périphérie, s'étend une bande de un millimètre d'épaisseur environ, teintée en rose par l'hématoxyline ; au microscope on voit qu'elle répond à une capsule fibro-musculaire dans laquelle le tissu fibreux l'emporte de beaucoup.

Sur une épaisseur d'un large centimètre, on voit, au-dessous, du tissu fibromyomateux lobulé, normal, qui ne présente rien de particulier.

Plus en dedans, le reste des coupes, sur la largeur d'un centimètre, est occupé par une zone où l'on distingue des bandes bleues avec des lacs roses intermédiaires. Au microscope, il s'agit d'une région fortement infiltrée par l'œdème. Le tissu musculaire est tout déchiqueté sous la forme de bandelettes entre lesquelles s'étalent des alvéoles, les unes allongées, les autres plus ou moins polygonales ; toutes sont remplies d'une substance grenue, au milieu de laquelle se perdent quelques cellules rondes avec un large noyau et un protoplasma granuleux. Cette infiltration œdémateuse dissocie ainsi le tissu musculaire qui s'effiloche sous forme de fibrilles au niveau des parois alvéolaires ; elle dissèque également les vaisseaux qui paraissent plus nombreux en ces régions qu'au niveau de la zone fibromyomateuse normale moyenne. Il s'agit de petits vaisseaux ayant quelques fibres musculaires, et aussi de capillaires réduits à leur couche endothéliale. Il n'est pas rare de voir des figures constituées par plusieurs de ces vaisseaux perdus au milieu d'un lac œdémateux.

2^e Série de coupes. — Prises en plein centre du fibromyome, dans des portions gélatineuses.

a).— L'une de ces préparations comprend à une de ses extrémités une zone de tissu fibromyomateux normal. Puis, en avançant vers l'autre extrémité, on voit brusquement ce tissu s'infiltrer et former des logettes très larges, entre lesquelles les cellules musculaires ne forment plus qu'une minuscule bandelette ou des îlots épars. Les vaisseaux dissociés apparaissent nombreux comme toujours à ce niveau. La plupart sont tout petits avec une paroi musculaire réduite au minimum. La vascularisation donne à ces régions un aspect particulier ; en ces points on retrouve toujours la même dégénérescence des fibres musculaires qui

(1) Nous devons cette tumeur à l'obligeance de M. J. Chaillous, interne des hôpitaux.

perdent leur pouvoir colorant, se séparent et s'effilochent en un tissu fibrillaire qui va se dissocier à l'intérieur des alvéoles et s'y mélanger à la substance œdémateuse grenue, fortement colorée en rose par l'éosine.

b). — La coupe suivante montre un degré exagéré de cette infiltration. Toute la périphérie est formée par du tissu fibromyomateux ordinaire, puis la dissociation s'installe peu à peu, sous forme d'une simple séparation des cellules; puis, des alvéoles se montrent de plus en plus larges, avec une paroi et un contenu analogue à celles de la description précédente. Enfin, au centre même, on trouve une géode de deux millimètres de diamètre; sa partie médiane est vide; à son pourtour, on distingue la même substance œdémateuse, et la paroi en est constituée par du tissu musculaire tout effiloché.

3^e *Série de coupes*. — Prises au niveau du petit fibrome rosé que nous avons signalé.

Sur presque toute l'étendue de ces coupes, il s'agit d'un tissu fibromyomateux dans lequel une seule particularité est à noter : c'est que les vaisseaux d'un certain calibre se montrent entourés de tissu fibreux dense, plus large qu'à l'état normal. En un seul point, on retrouve une zone d'infiltration avec formation de toutes petites alvéoles au début.

OBSERVATION 20.

Œdème localisé.

Mme G..., couturière, âgée de 55 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 23 novembre 1896, dans le service du Dr Le Bec, pour tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires. — Père et un frère morts de maladie de foie. Une sœur atteinte également de tumeur abdominale.

Antécédents personnels. — Enfance bonne. Menstruation à 14 ans, régulière. Mariée à 20 ans; six enfants, le dernier à l'âge de 30 ans. Accouchements faciles et sans accidents consécutifs. Jamais de maladie depuis.

Il y a environ 15 ans, la malade est prise de métrorrhagies assez abondantes, accompagnées de pollakiurie, de douleurs de la miction, et de constipation opiniâtre. En se palpant elle-même, elle sent une « grosseur dans son bas-ventre ».

Elle entre alors à Saint-Antoine, où un traitement approprié (injections d'ergotine surtout) l'améliore sensiblement.

Mais au bout de quelque temps, les symptômes primitifs ont reparu peu à peu. Les métrorrhagies sont revenues, très abondantes au mo-

ment des règles qui durent 10 à 12 jours, mais ne sont pas douloureuses. Leucorrhée dans l'intervalle. Enfin, la malade est fatiguée au moindre effort, et ressent par moments des douleurs dans l'hypogastre et les reins ; la station debout un peu prolongée provoque ou accroît ces douleurs.

Ménopause il y a 6 mois ; mais les douleurs n'ont pas cessé, pas plus que la leucorrhée qui est plus abondante.

L'état général est mauvais ; la malade est amaigrie et très anémiée par ses métrorrhagies ; elle mange peu et est sujette à des crises d'étouffement. Varices assez prononcées des membres inférieurs.

L'examen clinique, pratiqué le 27 novembre, donne les résultats suivants :

Au palper, on sent une tumeur médiane, dure, lisse, mobile, remontant environ à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Par le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus un peu en arrière et en bas. Les culs-de-sac droit et postérieur sont libres. Dans les culs-de-sac gauche et antérieur, on sent une tumeur arrondie, ferme, faisant corps avec l'utérus, et se confondant avec la masse que l'on perçoit par le palper abdominal.

Diagnostic : Fibrome de la face antérieure de l'utérus.

Opération, le 1^{er} décembre 1896. — Hystérectomie abdomino-vaginale, procédé ordinaire. La malade quitte l'hôpital le 20 décembre 1896.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Fibromyome de forme ovoïde, un peu aplati d'avant en arrière, développé aux dépens de la face antérieure et gauche de l'utérus, présentant à sa surface quelques traces d'inflammation péritonéale ancienne, sous forme de traînées blanchâtres, fibreuses, qui rident le péritoine.

A la coupe, aspect normal du fibromyome, sauf en quelques points qui paraissent ramollis, infiltrés de sérosité.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Au niveau de la capsule.

Celle-ci est constituée essentiellement par des bandes de tissu conjonctif fasciculé renfermant des vaisseaux en assez grand nombre. Quelques points autour de ces vaisseaux sont un peu dissociés, sans que cette infiltration soit bien notable. Dans l'intervalle des faisceaux conjonctifs, se montrent, fortement colorés en bleu par l'hématoxyline, des îlots ou des bandes de fibres musculaires.

Au-dessous de la capsule, le tissu myomateux est nettement lobulé.

2^e Série de coupes. — Points ramollis dans l'intérieur du fibromyome.

Sur une grande étendue de ces coupes, le tissu myomateux présente

également une texture lobulée. Cette dernière apparence est même exagérée, et cette disposition est due à ce que le tissu conjonctif interstitiel s'infiltre de façon à augmenter la largeur de ces bandes intermédiaires. Dans ce tissu dissocié, on reconnaît la présence de petits vaisseaux nombreux, rencontrés par la coupe dans des directions différentes.

Mais ce n'est point la seule particularité que présente la préparation, car plusieurs des lobules du tissu myomateux ont subi une remarquable dégénérescence fibreuse. A ce niveau, les faisceaux de fibres musculaires sont encore conservés et forment des îlots d'aspect et de volume absolument variables ; mais ces portions subsistantes du fibromyome sont emprisonnées dans de larges plaques d'un tissu coloré en rose par l'éosine, et qui, examiné avec les forts grossissements, se montre nettement fasciculé. Il s'agit là, d'après cet aspect, de tissu fibreux adulte.

Il est remarquable que ces fibrilles entourent des groupes de substance également colorée en rose, dans lesquels on reconnaît la texture ordinaire du myome, mais qui ne se colorent plus, et où il est impossible de retrouver la présence d'aucun noyau. Il semble bien que ces formations fibreuses en enserrant les cellules musculaires en ont entraîné la nécrose.

3^e *Série de coupes.* — Au niveau de la muqueuse utérine.

Celle-ci présente des lésions très nettes de métrite interstitielle. Son épaisseur est notablement accrue ; les glandes s'y montrent rares, sous forme de quelques tubes épithéliaux ou parfois de cavités dilatées. Quant au tissu interglandulaire, il est constitué par des cellules rondes ou allongées, et qui ont ce caractère d'être assez distantes les unes des autres, surtout dans la profondeur de la muqueuse, au contact des fibres musculaires. A ce niveau, se dessinent les cavités de plusieurs vaisseaux sanguins élargis ; ces points représentent probablement une infiltration œdémateuse.

OBSERVATION 21.

Œdème localisé. — Géodes.

Mme B... Irma, âgée de 46 ans, ménagère, entre à l'hôpital St-Joseph le 25 février 1897, dans le service du Dr Le Bec, pour fibrome utérin.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels. Menstruation à 12 ans, toujours régulière.

Une grossesse à 32 ans, accouchement pénible au forceps, suivi d'hémorrhagie assez abondante.

Il y a trois ans environ, sensation de pesanteur dans le bas-ventre, difficulté dans les mouvements de flexion du bassin, douleurs abdominales fréquentes; il y a 6 mois, pollakiurie (8 ou 10 mictions par jour).

Jamais de troubles de la menstruation.

Il y a 15 jours, la malade est prise brusquement de violentes douleurs abdominales, localisées au côté gauche, et s'accompagnant d'impossibilité absolue d'uriner. Un médecin appelé pour ce fait trouve, en sondant la malade, une tumeur utérine assez grosse; il l'envoie à l'hôpital.

La malade est examinée le lendemain de son entrée (26 février). Par le palper, on trouve une tumeur dure, arrondie, médiane, remontant à mi-chemin de l'ombilic et du pubis, occupant la moitié des deux fosses iliaques.

Par le toucher vaginal, on sent le col appliqué contre le pubis. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse arrondie, dure, peu douloureuse à la pression, légèrement mobile.

L'utérus se dirige en haut et en avant, l'hystéromètre pénètre à 8 centimètres.

Opération, 1^{er} mars 1897. — Hystérectomie abdomino-vaginale. Pas d'incidents. Suites opératoires excellentes. La malade sort le 23 mars 1897.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Fibrome du volume des deux poings environ, pesant 1100 grammes, développé aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus. Sur une coupe sagittale, on retrouve l'apparence du fibromyome normal, sauf en quelques points disséminés vers la partie centrale, où l'on remarque une infiltration très nette avec quelques petites géodes remplies de sérosité jaunâtre.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Deux séries de coupes ont été prises à ce niveau; elles présentent un aspect identique.

Au centre, on y voit une cavité dont les parois sont toutes déchiquetées et constituées par des fibrilles dissociées, puis toute la paroi périphérique est formée par du myome lobulé. En ce point, le tissu conjonctif interstitiel présente des lumières vasculaires extrêmement nombreuses; ce sont des cavités assez larges, dont les parois, comme sur un grand nombre de nos coupes, sont envahies par des noyaux embryonnaires. Immédiatement en dehors de ces vaisseaux, le tissu infiltré est formé par une substance rose, grenue, avec quelques fibrilles vaguement dessinées, au milieu desquelles on voit des noyaux allongés ou de forme très irrégulière. Ces plaques d'infiltration se continuent par des bandes de même apparence, qui exagèrent la lobulation du tissu myomateux. C'est dans ces dernières que l'on voit le plus grand

nombre de petits vaisseaux, toujours entourés de noyaux ; parmi ceux-ci, quelques-uns sont bordés par une substance rose ; il s'agit très probablement de la coupe transversale de fibres musculaires.

L'infiltration gagne les lobules myomateux eux-mêmes, et dans ces derniers on note la présence de néo-vasseaux.

Sur le bord même de la cavité centrale, on voit des fibres musculaires toutes séparées en petites trainées, entre lesquelles la substance infiltrante offre toujours la même apparence grenue ou vaguement fibreuse. C'est cette substance qui occupe seule la limite de la paroi de la cavité.

OBSERVATION 22.

Œdème localisé. — Géodes.

* Fibrome utérin œdémateux, de la grosseur d'une mandarine, pris à l'autopsie d'une femme morte de congestion pulmonaire à la suite d'une ovariectomie pour gros kyste de l'ovaire (26 février 1897).

L'utérus renfermait plusieurs autres fibromes plus petits, durs, fermes, criant sous le scalpel, paraissant sains à la coupe, et que nous avons négligés.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Les coupes comprennent toute l'épaisseur de la capsule et la masse myomateuse adjacente. Il n'y a rien de particulier au niveau de cette dernière.

Quant à la capsule, elle est constituée par du tissu fibromyomateux dans lequel se dessinent des lumières vasculaires nombreuses sur toute l'étendue de cette enveloppe ; mais à une extrémité de la coupe, la largeur de cette capsule augmente du simple au triple, et à ce niveau les vaisseaux sont nettement multipliés en nombre et surtout dilatés. La plupart sont constitués par une paroi endothéliale autour de laquelle se groupent des noyaux embryonnaires, de façon à constituer comme un nodule infectieux. Une grande étendue de cette partie de la préparation est ainsi remplie de placards inflammatoires péri-vasculaires.

A côté de ces vaisseaux jeunes et très dilatés, on en voit d'autres qui possèdent une paroi musculaire plus ou moins épaisse, mais cette dernière est toute infiltrée de cellules embryonnaires. C'est autour de ces vaisseaux que s'opère l'infiltration qui dissocie le tissu en fibrilles, et va sur les confins du tissu myomateux séparer également les cellules musculaires, en atteignant plus ou moins leur nutrition, car à ce niveau le protoplasma de ces dernières se colore très mal, et le noyau lui-même prend moins bien la matière colorante.

OBSERVATION 23.

Dégénérescence œdémateuse localisée. — Géodes.

Mme H..., couturière, âgée de 40 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 3 mai 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tumeur abdominale indéterminée.

Antécédents personnels. — Diphthérie à 8 ans. Réglée à 15 ans, toujours régulièrement. Mariée à 19 ans : deux enfants, l'un à 20 ans, l'autre à 31 ans ; accouchements faciles, suites de couches normales.

Depuis 5 ou 6 mois, la malade éprouve une sensation de fatigue dans les jambes ; les règles sont un peu plus abondantes, mais non douloureuses. Un médecin consulté reconnaît une tumeur abdominale.

Il y a 3 mois, à l'occasion des fatigues d'un voyage, élancements douloureux dans les jambes, sensation de fatigue profonde, œdème des malléoles, pollakiurie ; constipation habituelle.

La malade est examinée le lendemain de son entrée.

Par le palper, on sent une tumeur pelvienne, dure, irrégulière, comme formée de plusieurs lobes, dépassant le pubis de trois centimètres.

Par le toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac antérieur une tumeur arrondie, dure, qui le remplit, et repousse en arrière le col de l'utérus. La vessie est comprimée contre la paroi abdominale : en faisant le cathétérisme, on voit que la sonde tombe immédiatement sur la tumeur qui proémine dans la vessie, de telle sorte que celle-ci est étalée en surface et aplatie

Les culs-de-sac latéraux sont également remplis par la tumeur.

Etat général excellent ; urines normales.

Diagnostic. — Fibrome utérin.

Opération, 10 mai 1897. — M. Le Bec se proposait de pratiquer l'hystérectomie vaginale, mais la malade ayant refusé énergiquement de se laisser mettre des « pinces », il fait l'hystérectomie abdomino-vaginale, par son procédé.

Rien à noter, sinon que la tumeur étant enclavée dans le petit bassin, l'extraction est assez laborieuse. La malade perd d'ailleurs peu de sang. Elle sort guérie le 4 juin 1897.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Celle-ci a une forme irrégulière, bosselée ; elle se compose d'un certain nombre de fibromes de volume inégal, développés aux dépens de l'utérus. Les trois principaux siègent : le premier, gros comme une orange, à la face antérieure de l'utérus, le second, un peu plus petit que le précédent, au fond de

l'utérus ; le troisième enfin, gros comme un œuf de poule, à la face postérieure de l'utérus. Tout autour de ce dernier on en voit d'autres plus petits, les uns pédiculés, les autres sessiles, qui remplissent le cul-de-sac de Douglas.

De ces fibromes, le premier seul nous a présenté à la coupe des points d'infiltration gélatineuse, d'ailleurs assez limités, et quelques petites géodes remplies d'un liquide jaune clair, analogue à celui que nous avons déjà trouvé dans d'autres pièces.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

1^{re} Série de coupes. — Elles correspondent à un point d'infiltration. — L'une d'elles, examinée avec un faible grossissement (oc. 2, et obj. 2 de Dumaige), est constituée par des amas lobulés de tissu myomateux séparés par de larges bandes d'infiltration. Dans ces dernières, les vaisseaux très nombreux, à parois épaisses pour ceux d'une dimension moyenne, forment des taches remarquables, surtout par opposition avec le tissu environnant qui apparaît coloré en rose par l'éosine, et montre une structure fibrillaire. Ces bandes séparent les lobules du myome dont les cellules musculaires sont elles-mêmes plus ou moins disjointes, suivant les points, par une substance infiltrée intermédiaire. Quelquefois, dans ces lignes d'infiltration intra-lobulaire, on ne voit pas de vaisseaux ; il semble que l'imbibition se soit faite directement. Mais le plus souvent, en plein lobule comme dans les larges bandes interlobulaires, on trouve des vaisseaux qui, ici, sont de petit calibre, et dont les parois sont manifestement infiltrées de nombreux noyaux. Comme partout, on peut suivre la dégénérescence des fibres musculaires et leur fusion dans une sorte de tissu fibrillaire tout effiloché, leurs noyaux perdant tout à la fois leur apparence allongée et leur affinité pour l'hématoxyline.

Ces détails ont été observés au fort grossissement (oc. 2 et obj. 8). Dans les plaques roses interstitielles, quelques vaisseaux offrent une paroi très épaisse, constituée par des fibres musculaires concentriques ; d'autres sont entourés de fibres musculaires en amas qui forment autour d'elle comme un petit lobule myomateux peu développé.

Mais ce qui domine, c'est le nombre des tout petits vaisseaux réduits à une paroi embryonnaire. Sur certains points, leur coupe transversale ou longitudinale forme au tissu infiltré une véritable charpente vasculaire. Tout autour d'eux, le tissu œdémateux est constitué par des fibrilles longées de quelques noyaux de forme irrégulière ; ces fibrilles délimitent sur un nombre assez considérable de points des logettes remplies d'une substance très peu colorée, d'apparence grenue.

2^e Série de coupes. — Ce qui domine encore dans ces coupes, c'est l'infiltration extralobulaire du myome, avec quelques prolongements intralobulaires, et dans le tissu infiltré, le nombre considérable des néo-vaisseaux avec pointes d'accroissement multiples, qui forment la charpente de ce tissu dissocié.

Un point particulier de ce dernier est à noter, c'est que presque partout il présente une apparence alvéolaire dont les logettes sont d'autant plus larges que la bande infiltrée est elle-même plus étendue.

3^e Série de coupes. — La séparation des lobules myomateux par l'œdème est ici plus considérable encore que sur les coupes précédentes. La même remarque s'applique au nombre des vaisseaux, dont les petites lumières forment à ce niveau de véritables constellations. Les lobules eux-mêmes sont dissociés, et, en un point, cette séparation des fibres musculaires et leur nécrose aboutit à la formation d'une petite cavité visible à l'œil nu, et dont la paroi examinée au microscope n'est constituée que par des cellules musculaires toutes isolées les unes des autres.

Un point diamétralement opposé de la préparation offre la coupe d'une seconde géode. Ici, la paroi n'est plus taillée en plein tissu musculaire dégénéré : ce sont les alvéoles du tissu infiltré qui, devenant de plus en plus grandes et coalescentes, lui donnent naissance. La paroi en est formée par des fibrilles toutes effilochées avec quelques noyaux et des amas de substance grenue.

OBSERVATION 24.

Fibromyome œdémateux (Points localisés). — Géodes.

Fibromyome sous-muqueux, enlevé par voie vaginale à une femme de 32 ans (février 1897). Il présentait plusieurs points ramollis au milieu desquels étaient creusés de petites géodes (1).

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Coupes faites au niveau d'une cavité de la grosseur d'un pois.

À l'une des extrémités, on aperçoit des nodules myomateux bien constitués, séparés par du tissu conjonctif déjà envahi par l'infiltration; les fibrilles sont enchevêtrées par endroits, dissociées en d'autres points, où elles forment de véritables mailles remplies d'une substance amorphe, grenue. Les vaisseaux sont nombreux, et comme toujours en pareil cas, ce sont les néo-vaisseaux qui dominent.

La dissociation s'accroît à mesure qu'on s'avance vers l'autre ex-

(1) Tumeur due à l'obligeance de M. Herbet, interne des hôpitaux.

trémité de la préparation ; elle atteint les nodules myomateux eux-mêmes qui sont envahis de la périphérie au centre.

Enfin, on aperçoit la géode, vide sur nos coupes, et dont les parois sont constituées par des fibrilles provenant du tissu musculaire et conjonctif dissocié par l'œdème.

OBSERVATION 25.

Œdème localisé. — Géodes.

Madame C..., célibataire, âgée de 42 ans, opérée le 5 mai 1897 à l'hôpital St-Joseph : hystérectomie vaginale pour fibrome utérin. Guérison.

Tumeur du volume d'une tête de fœtus, de forme régulière, développée aux dépens de la face postérieure de l'utérus. Sur la coupe, aspect du fibromyome normal ; vers le centre, existent deux petites géodes.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Les coupes ont porté sur les deux points situés dans l'intérieur du fibrome, qui présentaient chacun une géode de la grosseur d'une lentille.

Lorsqu'on les parcourt avec les grossissements variés, on y voit des placards de myome dissociés par de larges bandes œdémateuses ; le myome lui-même n'offre rien de particulier à étudier, mais dans ces bandes interstitielles, les vaisseaux se montrent extrêmement multipliés. Quelques-uns, rares, ont une paroi très épaisse, entièrement infiltrée de noyaux ; la presque totalité est constituée par des néo-vaisseaux avec des pointes d'accroissement multiples, et c'est autour d'eux que se montre toujours l'infiltration avec une apparence identique à ce que nous avons déjà décrit.

Au voisinage de la géode, les fibrilles musculaires sont séparées, desinent des logettes remplies d'une substance grenue rappelant le mucus, et la cavité centrale ne paraît résulter que de la coalescence de plusieurs de ces logettes.

OBSERVATION 26.

Dégénérescence œdémateuse localisée. — Géodes.

Mme F..., Elise, âgée de 45 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 7 mai 1897, dans le service du Dr Le Bec, pour tumeur abdominale.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Menstruation à 16 ans, toujours régulière, pas de grossesse.

Il y a un an environ, douleurs dans les jambes, avec un peu d'œdème qui dure deux mois, et que la malade attribue à la fatigue.

Il y a cinq mois, la malade a senti elle-même une grosseur dans son ventre, et a consulté son médecin qui lui a conseillé une opération.

Depuis deux ans, les règles étaient un peu plus abondantes, sans que leur durée fût plus longue ni leur retour plus fréquent ; elles n'ont jamais été douloureuses. Il n'y a jamais eu de troubles de compression du côté du rectum ni de la vessie ; à peine peut-on noter un peu de pollakiurie survenue il y a six mois et n'ayant duré que quelques jours.

L'état général est bon, les urines normales.

A l'examen pratiqué le 15 mai, on trouve au palper une tumeur dure, lisse, arrondie, remontant jusqu'à l'ombilic, et occupant les deux fosses iliaques, avec une petite tumeur surajoutée à gauche.

Par le toucher vaginal, on sent le col utérin reporté très loin en arrière, à peine accessible ; le cul-de-sac antérieur est rempli par une masse dure, arrondie, développée surtout à gauche. Le cul-de-sac postérieur est rempli par la même masse, qui semble occuper toute l'excavation.

Diagnostic : Fibrome utérin.

Opération, le 17 mai 1897. — Hystérectomie abdominale totale, difficile en raison de l'enclavement de la tumeur dans le petit bassin. L'hémorragie ayant été assez abondante, on fait une injection intra-veineuse de un litre de sérum artificiel (formule de Hayem).

Suites opératoires normales ; la malade quitte l'hôpital le 30 juin, complètement guérie.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Celle-ci est développée aux dépens du fond de l'utérus, arrondie, de forme irrégulière à cause de plusieurs petits fibromes annexés au principal, surtout à la face postérieure.

Les annexes sont sains. Poids : 1 k. 140 gr.

A la coupe, la tumeur a l'apparence du fibromyome normal sur la plus grande partie de son étendue ; elle est blanchâtre, ferme, criant sous le scalpel. Vers le centre on aperçoit quelques points jaunâtres, ramolis, comme infiltrés de sérosité, et au milieu de l'un de ces points se trouve une petite géode.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

1^{re} Série de coupes. — Celles-ci intéressent des points de la tumeur présentant de petites travées remplies de liquide gélatineux.

Examinées au microscope, elles montrent le tissu myomateux lobulé, de texture normale, mais séparé par des travées qui tranchent sur les

placards bleus des noyaux des fibres musculaires, grâce à leur coloration. Dans ces travées, se voient des vaisseaux sanguins à fibres musculaires, avec des parois assez épaisses. Tout autour, se rangent des vaisseaux réduits à leur endothélium, qui forment comme des satellites, et c'est au contact de ces lumières vasculaires que s'opère la dissociation. Celle-ci correspond, lorsqu'on l'examine au fort grossissement, à un tissu fibrillaire rose, avec des noyaux allongés ou quelques amas de noyaux qui paraissent bien appartenir à des fibres musculaires coupées en travers. Ce tissu se continue sans ligne de transition brusque avec les cellules musculaires des lobules myomateux qui s'effilochent comme sur un grand nombre de nos autres préparations.

2^e Série de coupes. — Elles portent l'une sur la périphérie d'une petite géode rencontrée tangentiellement, l'autre sur le centre de cette cavité. — Sur la première, le centre de la coupe est représenté par des travées de petites cellules musculaires qui laissent entre elles des alvéoles remplis de fibrilles très déliées ; au pourtour de cette formation, on note la présence de petits vaisseaux embryonnaires assez nombreux. Sur la seconde, le centre de la préparation correspond à un vide, autour duquel se dessinent les mêmes mailles, sur la périphérie desquelles se trouvent également de petits vaisseaux.

Quant au tissu myomateux qui forme le reste de la coupe, ses cellules ont un noyau encore bien coloré par places, mais le plus souvent à peine indiqué ; tous ces noyaux sont écartés d'une façon anormale par une substance teintée en rose, amorphe, où par endroits on distingue pourtant une sorte de vague striation.

OBSERVATION 27.

Fibromyome renfermant quelques points de dégénérescence œdémateuse. — Géodes.

Fibromyome encapsulé, du volume d'une grosse orange, développé aux dépens du fond de l'utérus. A la coupe, il présente vers son centre quelques points ramollis ; dans l'intérieur de l'un d'entre eux existe une petite géode, de forme triangulaire (1).

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Au niveau de la capsule.

Elles sont constituées par des bandes de tissu myomateux séparé par

(1) Nous devons cette tumeur à l'obligeance de M. Veau, interne des hôpitaux ; elle provient du service de M. Tillaux, à la Charité (octobre 1896).

des intervalles du tissu conjonctif, ne présentant rien de particulier.

2^e *Série de coupes.* — Comprenant la géode et le tissu avoisinant.

La périphérie est représentée au microscope par du tissu fibromyomateux d'apparence normale ; on y voit des ilots ou des bandes de fibres musculaires à noyaux arrondis ou allongés ; entre elles s'étendent des fibrilles conjonctives au milieu desquelles on aperçoit des vaisseaux à paroi musculaire épaisse.

A mesure qu'on s'avance vers le centre de la préparation, on voit le tissu conjonctif et musculaire se dissocier ; les fibrilles se séparent les unes des autres, délimitant ainsi de petites aréoles qui grandissent, ne laissant plus entre elles que de minces languettes où siègent les vaisseaux. Ceux-ci sont de deux ordres : les uns normaux, les autres, en grand nombre, constitués par une simple paroi endothéliale, ayant une apparence embryonnaire.

La géode elle-même est occupée par une substance grenue très peu colorée en bistre par l'éosine ; ses parois sont déchiquetées, hérissées de fibrilles qui flottent en son intérieur ; elle paraît bien n'être que le résultat de la coalescence d'un certain nombre des alvéoles que nous avons signalées à sa périphérie.

OBSERVATION 28.

Dégénérescence œdémateuse localisée.

Polype fibreux pédiculé, de la grosseur d'un petit œuf de poule, sortant du col utérin, opéré le 29 octobre 1897, dans le service du Dr Le Bec.

A la coupe, cette tumeur présente plusieurs points d'apparence gélatineuse.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} *Série de coupes.* — Elles portent sur la périphérie de la tumeur. — On y voit une infiltration généralisée, où tous les degrés du processus se trouvent réunis. Par places, le fibromyome conserve sa texture largement lobulée ; les amas de cellules musculaires sont entourées en ces endroits d'un tissu conjonctif coloré en rose, au milieu duquel on aperçoit des vaisseaux adultes avec une paroi musculaire bien formée pour la plupart. Ce tissu conjonctif apparaît nettement fasciculé, et dans l'intervalle, les fibres musculaires coupées en des sens divers ont leur noyau et leur protoplasma bien nettement colorés.

Sur d'autres points, beaucoup plus larges par rapport à l'ensemble

de la préparation, on voit ce tissu conjonctif se dissocier en fibrilles entrecroisées de façon à former un feutrage plus ou moins délicat au milieu duquel se dessinent quelques noyaux ronds ou légèrement allongés. Dans ces placards, on note la présence non seulement de vaisseaux sanguins adultes, mais encore, et dans une proportion considérable, de petits vaisseaux rencontrés perpendiculairement ou parallèlement à leur direction, et qui sont réduits à une couche endothéliale. En parcourant ces points, on remarque ainsi une néoformation vasculaire bien certaine.

Enfin, sur plusieurs points de la préparation, on voit le processus aboutir à la formation de véritables aréoles à contours irréguliers ; celles-ci sont remplies d'une substance fibrillaire très déliée, au milieu de laquelle on ne voit que de rares cellules rondes, à très large noyau. Tout autour, la paroi des aréoles est constituée par des cellules musculaires dont le protoplasma se colore mal, mais dont le noyau est encore très reconnaissable. C'est au milieu de ces tractus de cellules musculaires subsistantes qu'on note la présence de petits vaisseaux jeunes et très nombreux.

2^e Série de coupes. — Elles ont été prises au centre même de la tumeur. — Le tissu fibromyomateux y apparaît avec ses caractères ordinaires sur une grande partie de l'étendue. Partout les vaisseaux y sont en nombre considérable, mais il existe plusieurs points où la dissociation œdémateuse passe exactement par tous les stades de la coupe précédente.

La particularité sur laquelle il est utile d'insister est, ici encore, la présence de petits vaisseaux de très faible calibre, à paroi simplement endothéliale, que l'on ne retrouve pas, au moins en nombre égal, sur les autres points de la préparation.

OBSERVATION 29.

Dégénérescence œdémateuse. — Hémorragies interstitielles.

Mme M..., célibataire, âgée de 40 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 31 janvier 1896, dans le service du Dr Le Bec, pour une tumeur abdominale.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Menstruation à 14 ans, toujours régulière. Jamais de maladies. Ni douleurs, ni troubles du côté des règles.

Depuis 2 ans environ, sensation de gêne, de pesanteur dans l'abdomen ; pas de phénomènes de compression.

Etat général assez bon ; urines normales.

La malade est examinée à son entrée. Le palper dénote la présence d'une tumeur dure, résistante, lisse, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et remplissant les deux fosses iliaques.

Par le toucher vaginal, on trouve le col porté à gauche ; dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une masse dure, lisse, faisant corps avec celle qu'on sent par le palper à travers la paroi abdominale.

Diagnostic : fibrome utérin.

Opération, le 3 février 1896. — Hystérectomie abdomino-vaginale par le procédé du Dr Le Bec. Pas d'incidents. Suites opératoires excellentes ; la malade quitte l'hôpital 22 jours après l'opération.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Fibrome assez gros, pesant 2 k. 600, ayant 0,25 centimètres de hauteur sur 0,20 centimètres de largeur, de forme ovoïde, de consistance molle par endroits, et donnant la sensation de cavités kystiques.

L'utérus est petit ; il est accolé à la tumeur dont il est indépendant ; le fibrome part de son bord droit et plongeait dans le ligament large droit. Les annexes sont sains.

Une section transversale pratiquée dans la tumeur montre un tissu rosé, mou, d'apparence gélatineuse par places, infiltré de sérosité jaunâtre qui coule de partout. Cette sérosité se prend en gelée à l'air ; elle renferme une quantité notable d'albumine qui se coagule sous l'influence de la chaleur.

Çà et là, il existe de véritables ectasies kystiques, de grandeur variable et de forme irrégulière, renfermant la même sérosité jaunâtre que dans les points simplement ramollis et gélatineux. Presque au centre du fibrome, on trouve une de ces cavités du volume d'une petite noix.

Enfin, la surface externe du fibrome est sillonnée de veines énormes, dilatées, dont quelques-unes atteignent le volume de l'index.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Elles portent sur la capsule et la portion du myome adjacente.

La capsule est constituée par du tissu fibreux avec des cellules musculaires ; elle est peu épaisse en cet endroit et ne présente rien de particulier à noter que la présence de quelques vaisseaux entourés de cellules.

Immédiatement au-dessous d'elle, se place un tissu d'aspect aréolaire, au milieu duquel on voit la coupe de nombreux vaisseaux. L'élément vasculaire est représenté à ce niveau par des îlots de cellules la plupart coupées perpendiculairement à leur direction ; ces îlots ont leurs bords tout déchiquetés par l'infiltration. Celle-ci dissocie les éléments du myome fibre par fibre, et dans quelques mailles on ne voit plus que de

rares noyaux ronds avec une substance fibrillaire et grenue. Les vaisseaux, en ce point, ont une paroi musculaire épaisse, assez régulière, et ne présentent point l'infiltration embryonnaire que nous avons rencontrée sur d'autres tumeurs.

En dedans de cette zone, les éléments myomateux forment des îlots beaucoup plus larges, mais dans l'intervalle de ces derniers on voit une assez large étendue de la préparation qui est constituée par un tissu aréolaire rappelant le précédent, avec une largeur plus étendue des mailles. Les vaisseaux, à ce niveau, se dessinent nettement au milieu du tissu tout dissocié. Les mailles sont vides de tout élément ou substance sur la préparation. Leur paroi est constituée par des cellules musculaires isolées les unes des autres, et se réduisant par places en cette substance fibrillaire que nous retrouvons sur la plupart de nos coupes.

2^e Série de coupes. — Elles sont prises également au voisinage de la capsule, en un point où se trouve une géode du volume et de la forme d'un haricot.

Au-dessous de la capsule, se voit le même tissu aréolaire que précédemment ; des vaisseaux s'y dessinent avec une très grande netteté et les mailles du tissu sont toutes remplies d'une substance très finement découpée en fibrilles qui semblent bien se continuer avec les cellules musculaires toutes effilochées, et dont les noyaux se colorent à peine.

Au-dessous, plus on avance vers la géode, plus on voit les cellules musculaires se séparer en petits îlots laissant des espaces qui sont vides ou comblés par des mêmes fibrilles, et dans ces espaces, se dessinent les coupes très nombreuses des vaisseaux. Ces derniers sont plus nets que sur la coupe précédente. La plupart sont constitués par des petits vaisseaux à parois infiltrées de cellules embryonnaires.

Quant à la géode elle-même, on n'y voit plus sur les bords que des cellules musculaires toutes déchiquetées et isolées par une substance grenue ; à ce niveau, les petits vaisseaux sont en nombre assez considérable.

3^e Série de coupes. — Elles ont été prises en un point central de la tumeur, ramolli et gélatineux.

La portion périphérique de l'une d'elles montre du myome lobulé sans rien de particulier ; mais au centre les cellules musculaires sont dissociées par la substance fibrillaire, ou, sur la plus grande étendue, par une substance grenue, œdémateuse, à laquelle se mélangent de nombreux globules rouges.

Sur une assez grande étendue de la coupe, ces globules sanguins constituent toute la substance infiltrante.

A ce niveau, la lumière des vaisseaux est remplie également de globules rouges avec quelques globules blancs.

Il s'est fait là une coagulation dans les vaisseaux et une hémorragie interstitielle que nous ne retrouvons que sur les coupes de cette série.

4^e Série de coupes. — Elles portent sur un point qui présente des travées résistantes intermédiaires à du tissu infiltré.

Au microscope, les travées se montrent constituées par de larges bandes de fibres musculaires sectionnées parallèlement à leur direction, enserrant la coupe de quelques fibres rencontrées perpendiculairement.

Dans l'intervalle, on voit quelques vaisseaux qui sont remplis de globules rouges, et c'est autour d'eux que l'on observe une dissociation fibrillaire.

Les cellules musculaires qui bordent ce tissu sont elles-mêmes touchées par le processus, car leur protoplasma reste incolore et leur noyau est également à peine coloré.

En résumé, l'étude de cette tumeur nous montre toujours la même vascularisation autour de laquelle s'opère la dégénérescence. Plusieurs points présentent des hémorragies interstitielles, et il est à noter qu'à ce niveau les vaisseaux eux-mêmes ont leur lumière complètement comblée.

OBSERVATION 30.

Dégénérescence œdémateuse. — Hémorragies interstitielles. — Kyste sanguin.

Mme C... Emélie, âgée de 43 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 1^{er} mai 1896, dans le service du Dr Le Bec, pour une énorme tumeur abdominale.

Rien à noter dans les *antécédents héréditaires* ni *personnels*.

Menstruation à 12 ans 1/2 ; règles normales et régulières.

Mariée à 20 ans : un seul enfant. Grossesse pénible à cause d'un traumatisme survenu au cours du 2^e mois. Douleurs vives consécutives, revenant fréquemment. Ascite et œdème généralisé (albuminurie ?). Accouchement spontané avant terme, à 8 mois ; suites de couches normales.

Il y a 8 ans environ (en 1888), à la suite d'une hernie ombilicale, la malade a été examinée par son médecin, qui a trouvé, proéminent dans le cul-de-sac postérieur une tumeur dure, probablement fibreuse. Di-

vers traitements ont été essayés sans résultat ; d'ailleurs cette tumeur ne causait ni douleurs, ni troubles de la menstruation, mais simplement de la constipation.

Il y a 3 ans 1/2 (1892), des pertes blanches apparaissent dans l'intervalle des règles. La malade a suivi alors le traitement électrique du Dr Apostoli pendant deux périodes (1892-94). A la suite de ce traitement, les pertes blanches ont augmenté, les règles sont devenues irrégulières, fréquentes (tous les 15 jours ou 3 semaines), et très abondantes.

Jamais il n'y a eu de douleur.

Depuis longtemps, la malade a de la constipation habituelle qui a diminué cependant il y a 7 ou 8 mois. Mais depuis cette époque, les mictions sont très fréquentes, surtout la nuit (8 ou 10 fois).

La tumeur occasionne également d'autres phénomènes de compression dans l'abdomen : les jambes sont enflées, surtout le soir, après la marche, elles sont douloureuses, et un peu variqueuses.

L'état général est excellent ; l'appétit est bien conservé et la malade présente un embonpoint assez marqué. Les urines sont normales.

EXAMEN CLINIQUE à l'entrée, le 2 mai 1896 :

Mensuration : Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic : 122 centimètres. Distance du pubis au sommet de la tumeur : 40 centimètres.

Palper : On sent une tumeur volumineuse, dure, lisse, remontant jusqu'en un point situé au milieu de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, et remplissant les flancs.

Toucher vaginal : Les culs-de-sac sont complètement effacés, le mu-seau de tanche a disparu ; le doigt ne sent qu'un léger bourrelet induré autour de l'orifice externe du col. L'utérus est remonté, attiré en haut par la tumeur qui n'est pas perceptible au fond des culs-de-sac.

Diagnostic : Fibromyome utérin.

Opération, le 4 mai 1896. — Hystérectomie abdomino-vaginale par le procédé ordinaire de notre maître. Pas d'incidents. Suites opératoires très bonnes. Guérison complète vingt jours après l'opération ; la malade sort le 25 mai.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Enorme fibromyome, pesant 5 kil. 850, de couleur rosée, avec des arborisations vasculaires très abondantes et quelques grosses veines dilatées très apparentes à la surface, de consistance molle, pseudo-fluctuante.

L'utérus est placé à la face antérieure de la tumeur ; la cavité utérine mesure 25 centimètres de profondeur.

Les deux ovaires sont hypertrophiés et renferment quelques petits kystes.

Sur une coupe sagittale, la tumeur apparaît entourée d'une capsule d'enveloppe dont l'épaisseur varie suivant les points de 1 centimètre à 2 cent. $1/2$, et qui est toute infiltrée de liquide séreux, jaunâtre, s'écoulant pendant la section. En dedans d'elle, sur presque tout le pourtour, existe une zone gélatineuse assez large en certains endroits, renfermant quelques débris blanchâtres d'apparence fibreuse, et quelques vaisseaux très visibles dans l'intérieur de la masse transparente. Le fibromyome lui-même est rempli de points infiltrés disséminés à la surface de la coupe, et présentant le même aspect gélatineux.

De plus, il renferme deux cavités de volume différent, grandes l'une comme une mandarine environ, l'autre comme une noix, et situées vers la partie centrale ; il s'en écoule un liquide épais, de couleur brune, comme du chocolat ; leurs parois sont tapissées par une couche d'une substance également brunâtre, un peu grenue, qui se détache facilement avec le doigt. Il semble bien que l'on ait affaire à des pseudo-kystes à contenu hémorrhagique.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Elles portent sur la périphérie de la tumeur (capsule) et montrent à l'œil nu deux larges placards d'infiltration œdémateuse.

Le tissu myomateux intermédiaire offre la particularité d'être très vasculaire ; on y voit les coupes nombreuses de vaisseaux dont la plupart ont leur lumière remplie de globules rouges mélangés à quelques globules blancs, sans trace d'organisation. Dans ce tissu même, au voisinage des vaisseaux, on voit quelques globules rouges qui ont fait irruption entre les cellules.

Aux points d'infiltration, on remarque également un nombre considérable de vaisseaux sanguins dont la cavité est comblée par des globules : la paroi est constituée pour quelques-uns par des fibres musculaires, mais la plupart sont réduits à une paroi endothéliale. Tout au tour, la coupe montre des cellules musculaires coupées parallèlement ou perpendiculairement à leur direction, et séparées par un tissu fibrillaire ou grenu. Sur un des placards, se dessine une nappe de globules rouges extravasés.

Ce qui caractérise ces coupes, c'est, en plus de la vascularisation et de l'infiltration, l'existence de quelques placards d'hémorrhagie interstitielle.

2^e Série de coupes. — Elles comprennent la paroi de la grande cavité hémorrhagique signalée plus haut.

On y voit à l'une des extrémités une partie de la substance qui fa-

pissait les parois, et qui, au microscope est constituée par un amas de globules rouges mélangés à quelques globules blancs. Le tissu qui forme la paroi elle-même de la cavité est représenté par une substance mal définie, comme amorphe, nécrosée, au milieu de laquelle on reconnaît deux larges vaisseaux remplis de sang. Au-dessous, s'étendent des fibres musculaires dissociées en bandes, et dans l'intervalle, autour des vaisseaux larges à parois musculaires épaisses, également comblés de globules sanguins, on remarque un tissu infiltré, constitué par des fibrilles entrecroisées le long desquelles se dessinent quelques noyaux allongés et même ramifiés. Ces portions de la coupe rappellent les figures des molluscum œdémateux.

3^e Série de coupes. — Elles ont été prises dans l'intérieur du fibromyome, en différents points ramollis.

On observe dans presque toute leur étendue du tissu myomateux normal ; il n'y a que quelques plaques infiltrées, représentées au microscope par une substance très vaguement fibrillaire, dans laquelle on observe des noyaux épars et au milieu de ce tissu ainsi constitué, se montrent des vaisseaux. Parmi ceux-ci, les uns ont une paroi musculaire irrégulière et leur cavité renferme des globules rouges bien conservés ; autour d'eux, se dessinent des petits vaisseaux réduits à un endothélium, vides ou contenant quelques globules rouges. Sur certaines plaques, ces vaisseaux remplis de sang sont les seuls éléments anatomiques qui persistent au milieu de la substance presque amorphe d'infiltration ; c'est à peine si l'on y voit en plus de très rares noyaux allongés. La périphérie de ces plaques est constituée par des cellules musculaires toutes dissociées.

OBSERVATION 31.

Dégénérescence œdémateuse. — Géodes. — Grande cavité kystique.

Mme G..., âgée de 48 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 25 juillet 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

Menstruation à 12 ans ; règles toujours régulières ; pas de leucorrhée.

Deux enfants, l'un à 20 ans, l'autre à 25 ans ; grossesses et accouchements normaux, sans accidents consécutifs.

Le ventre a commencé à grossir il y a deux ans ; il n'y a pas eu de troubles du côté des règles. Pas de phénomènes de compression.

Depuis quelques mois, accroissement rapide du volume du ventre.

Pas d'influence sur l'état général.

Examen, 26 juillet.— Par le palper, on trouve une tumeur arrondie, molle, fluctuante, un peu douloureuse à la pression, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et remplissant les fosses iliaques.

Par le toucher vaginal, on sent le col entr'ouvert, haut placé ; la tumeur n'est pas perceptible au fond des culs-de-sac.

Le *diagnostic* est hésitant entre kyste de l'ovaire et tumeur fibrokystique.

Opération, le 2 août 1897. — Hystérectomie abdomino-vaginale par le procédé du Dr Le Bec. Pas d'incidents.

Guérison en 20 jours. La malade sort à la fin d'août.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Elle est de forme ovoïde, à grand axe transversal, de couleur rosée, très molle, et nettement fluctuante à sa partie supérieure.

Les annexes appendues de chaque côté sont saines.

Poids : 5 k. 750.

La cavité utérine, située en avant de la tumeur, qui est développée aux dépens de la partie postérieure de l'utérus, mesure 18 centimètres.

En faisant une coupe médiane, antéro-postérieure, on aperçoit à la périphérie une capsule fibromyomateuse légèrement infiltrée, d'épaisseur variant suivant les points de 1 à 2 centimètres. En dedans d'elle, on tombe dans une masse ramollie, qui occupe presque toute la périphérie ; cette masse a 2 ou 3 centimètres d'épaisseur et présente des aspects divers : par endroits, elle est gélatineuse et montre des sortes d'alvéoles pleines de sérosité qui s'écoule sous le couteau, et limitées par des tractus blanchâtres, fibreux, au centre desquels cheminent les vaisseaux ; en d'autres points, on aperçoit de petits grains blanchâtres perdus au milieu de la sérosité, ou au contraire des masses plus grosses, irrégulières, à bords déchiquetés, grisâtres, ressemblant à des tissus en voie de nécrose. Vers le pôle supérieur du fibromyome, la vascularisation de cette zone est plus prononcée ; on distingue nettement par transparence les vaisseaux au milieu de la masse gélatineuse.

En dedans de cette dernière, se trouve la partie solide de la tumeur. Elle est formée de deux masses situées l'une au-dessus de l'autre, et séparées entre elles par une mince zone ayant le même aspect gélatineux ; celle de la portion inférieure est du fibromyome ramolli, et creusée de géodes les unes très petites, les autres du volume d'une noisette ; celle de la portion supérieure est occupée par une cavité kystique considérable, d'où s'échappent environ 250 grammes d'un liquide jaunâtre, très albumineux, analogue à celui que nous avons signalé maintes fois ; cette cavité est de forme ovoïde, comme la masse qui

la renferme ; elle a environ le volume du poing ; elle a des parois irrégulières, déchiquetées ; la portion du fibromyome qui l'entoure est elle-même dure et fibreuse par endroits, et au contraire, en d'autres points, toute ramollie et infiltrée, creusée de géodes : il semble bien que la grande cavité ne soit formée que par la réunion d'un certain nombre de plus petites.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Elles portent sur la capsule de la tumeur.

a). — Cette coupe comprenant la portion externe, périphérique, est constituée par des faisceaux de cellules musculaires rencontrés en sens différents ; les cellules ont un noyau et un protoplasma bien franchement coloré. Dans l'intervalle, s'étendent des bandes de tissu conjonctif fasciculé avec de nombreux vaisseaux. En plusieurs points, ce tissu se dissocie, les fibrilles s'écartent, et, au centre de la préparation, forment aussi un large placard reconnaissable à l'œil nu.

b). — Cette coupe n'est que la continuation de la précédente et porte plus en dedans vers la partie gélatineuse.

A un faible grossissement, elle présente des faisceaux de fibres musculaires séparés par des tractus conjonctifs tout infiltrés ; plus on s'avance vers l'extrémité interne, centrale par rapport à la tumeur, plus cette dissociation augmente, de telle sorte qu'on ne voit plus que quelques ilots de fibres musculaires perdus au milieu de la masse infiltrée.

Avec de plus forts grossissements, on voit qu'à l'extrémité externe de la coupe les cellules musculaires des faisceaux sont bien conservées et bien colorées dans leur noyau et leur protoplasma, et qu'elles ont une disposition bien nette ; dans leur intervalle, le tissu conjonctif a ses fibrilles toutes dissociés ; entre elles, on aperçoit quelques noyaux entourés d'un protoplasma légèrement grenu.

Les vaisseaux sont nombreux dans toutes ces régions ; la plupart sont des capillaires dilatés, renfermant quelques globules rouges et blancs dans leur intérieur.

Plus on s'avance vers la partie interne de la coupe, plus les caractères d'infiltration du tissu s'accroissent. A la fin, les cellules musculaires se présentent sous forme d'ilots groupés autour de quelques vaisseaux, et dans leur intervalle on voit comme de larges lacs de fibrilles conjonctives toutes séparées et effilochées, entre lesquelles on remarque par endroits une substance d'apparence grenue et quelques cellules rondes très mal colorées.

2^e Série de coupes. — Prises au niveau d'une masse grisâtre située dans la partie gélatineuse qui est en dedans de la capsule.

Elles se montrent constituées par un tissu dans lequel on reconnaît à peine, sur toute l'étendue de la préparation, quelques noyaux de cellules musculaires. C'est une substance dont le groupement rappelle la lobulation du tissu fibromyomateux, mais à part les noyaux dont nous parlons, rien n'a pris l'hématoxyline, et on ne voit que des placards teintés en bistre par l'éosine. Cette portion de la tumeur se comporte vis à-vis des matières colorantes comme des tissus entièrement mortifiés.

3^e Série de coupes. — Prises en pleine tumeur, au centre de la masse inférieure.

Elles sont formées par des bandes de tissu fibromyomateux qui délimitent de larges alvéoles de forme irrégulière. Dans ces bandes, les noyaux sont disposés sans ordre, mais ils semblent bien tous appartenir à des fibres musculaires.

En s'avancant vers les logettes, on voit du tissu fibreux dissocier ces éléments, puis au centre même de celles-ci, on ne trouve plus qu'une substance tantôt grenue, tantôt vaguement fibrillaire ; enfin, au milieu de tout ce tissu, on reconnaît quelques noyaux ronds épars.

Ces coupes se présentent ainsi constituées par du fibromyome dont certaines portions sont toutes transformées par du tissu fibreux, et, en certains points, ce dernier paraît se dissocier et comme se liquéfier pour former ces alvéoles que nous avons décrites.

4^e Série de coupes. — Prises dans la masse supérieure.

Elles ont une structure analogue aux précédentes. On y voit un tissu fibromyomateux dont les cellules musculaires sont séparées en plusieurs points par du tissu fibreux fasciculé ; puis, sur les confins des placards roses qui représentent la coupe de logettes, on voit ce tissu se dissocier fibrilles par fibrilles, et, au centre des alvéoles, il n'y a plus que quelques épaves de cellules musculaires perdues, avec quelques fibrilles du tissu conjonctif, au milieu d'une substance grenue, d'apparence œdémateuse.

Sur toute l'étendue des coupes, on peut retrouver ainsi un certain nombre de ces logettes semblablement constituées.

5^e Série de coupes. — Prises au niveau de la paroi de la grande cavité kystique.

Elles montrent par places du tissu musculaire encore bien conservé, mais, sur presque toute l'étendue des coupes, ce tissu est étouffé par des productions fibreuses, et dans ces placards de tissu fibrillaire, on ne retrouve plus que quelques noyaux avec de rares vaisseaux.

La bordure de la cavité kystique est constituée par du tissu fibreux qui enserre complètement les éléments musculaires ; tout à fait en de-

dans, il ne reste plus que des placards colorés en rose par l'éosine, et qui se comportent vis-à-vis des matières colorantes comme une substance nécrosée, car on y reconnaît à peine quelques noyaux, et d'autre part, on n'y retrouve plus l'apparence fasciculée nette du tissu conjonctif avoisinant. Enfin, ce dernier est tout infiltré par l'œdème, et dissocié par endroits.

6^e Série de coupes. — Elles portent sur la muqueuse utérine. Celle-ci est légèrement augmentée dans son épaisseur ; les glandes sont un peu dilatées ; au-dessous d'elle, il y a une petite nappe d'infiltration sanguine, puis on retrouve le tissu musculaire utérin, sans caractères particuliers.

Ainsi qu'on l'a vu dans l'exposé de nos observations, nous avons trouvé des fibromyomes dans lesquels la dégénérescence œdémateuse était limitée à de rares points disséminés en leur intérieur ; d'autres dans lesquels elle était au contraire très étendue, parfois même généralisée ; d'autres enfin où le processus aboutissait à la formation de cavités pseudo-kystiques. C'est dire que nous avons pu étudier tous les intermédiaires de la dégénérescence, depuis son début jusqu'à sa terminaison, et tous les aspects sous lesquels elle se présente.

I. Au point de vue *macroscopique*, voici schématiquement ce que nous observons :

A un premier degré, il y a simple imbibition de certaines portions du fibromyome par de la sérosité ; l'aspect de la tumeur ne paraît pas changé, seule sa consistance varie, elle devient ramollie en ces points.

A un degré plus avancé, l'infiltration s'accroît ; le liquide s'insinue entre les faisceaux de fibres conjonctives et musculaires, et les dissocie. Il en résulte la formation d'aréoles d'abord très petites, qui s'agrandissent peu à peu, à mesure que la sérosité les distend davantage. La tumeur prend alors un aspect gélatineux, elle est tremblotante, de couleur jaune verdâtre, comme de la gelée de pommes.

Enfin, à un troisième degré, le processus aboutit à la formation de cavités situées au milieu des masses gélatineuses, de

formes irrégulières, à parois inégales et tomenteuses, d'où se détachent parfois des fibrilles qui flottent dans la sérosité qui les remplit : ces cavités résultent de la fusion d'un certain nombre des aréoles dont nous venons de parler.

II. A l'examen *microscopique*, nous retrouvons, avec des caractères plus précis, les mêmes degrés.

Au début, nous observons l'infiltration des cellules musculaires ou conjonctives par de la sérosité qui les gonfle, et en même temps les dissocie ; elles perdent, dans leur protoplasma d'abord, qui devient granuleux, puis dans leur noyau, qui se ratatine pour ainsi dire, l'affinité pour les matières colorantes. On aperçoit alors un tissu fibrillaire entre les mailles duquel il ne reste plus qu'une substance amorphe. Cette infiltration pénètre les bandes musculaires et conjonctives et les sépare en faisceaux ténus dont les cellules centrales ont seules échappé au processus.

A un degré plus complet, les mailles du tissu infiltré s'élargissent ; il se forme des aréoles de plus en plus grandes, limitées par des bandes de fibrilles ne renfermant plus que de rares noyaux, et toujours remplies de la même substance grenue ou vaguement striée.

Ces aréoles finissent par se réunir pour donner naissance à des cavités pseudo-kystiques dont les parois sont formées du même tissu fibrillaire tout dissocié ; enfin ces cavités sont elles-mêmes, par le fait de leur confluence, l'origine de certaines tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, ainsi que nous le verrons.

Que deviennent les vaisseaux au milieu de cette dégénérescence ? Un fait qui frappe au premier abord, et sur lequel nous insistons, c'est leur nombre considérable au niveau des points infiltrés. Et qu'on ne nous dise pas à ce propos qu'il n'y a qu'une simple illusion tenant à ce que, disséqués en quelque sorte par le processus, ils sont plus apparents qu'en tissu sain ; nous avons très fréquemment fait la comparaison entre des points sains et des points dégénérés ; toujours, nous avons pu cons-

tater un accroissement bien réel du nombre des vaisseaux.

Ces derniers, d'ailleurs, sont de diverses sortes ; quelques-uns sont adultes, entourés de fibres musculaires concentriques qui leur forment une paroi plus ou moins épaisse ; mais la plupart sont jeunes, réduits à une simple paroi endothéliale, d'aspect embryonnaire, en un mot.

Quelquefois ces vaisseaux sont dilatés ; parfois aussi, ils sont remplis de globules rouges et blancs. Mais le plus souvent leur lumière est libre ; en tous cas, nous n'avons jamais trouvé dans leur intérieur de trace quelconque d'organisation d'un caillot.

Enfin, un dernier caractère à signaler est la présence, dans un certain nombre de nos tumeurs, de noyaux arrondis, embryonnaires, développés surtout autour des vaisseaux jeunes, néoformés. Nous ne faisons que noter ici ce fait, nous y reviendrons plus loin.

Où se fait le début de l'infiltration ? Pilliet (1) et après lui Costes (*loc. cit.*) ont vu la dégénérescence « myxomateuse » débiter par « la paroi du vaisseau qui se clive, se décompose en grandes lamelles conjonctives contenant des cellules plates largement étoilées ; ces cellules donnent naissance à un tissu muqueux qui peu à peu se creuse de petites cavités, se fond pour ainsi dire, et forme par sa disparition les grandes lacunes observées dans ce genre de dégénérescence. La lumière des vaisseaux est cloisonnée ou disparue. »

Il nous a bien semblé quelquefois que la dégénérescence commençait autour des vaisseaux, que nous n'avons, pour notre part, jamais trouvés obstrués, et encore moins disparus. Mais le plus souvent au contraire, nous avons nettement aperçu le début de la dégénérescence dans le tissu conjonctif internodulaire du fibromyome. C'est là que se trouvent les vaisseaux embryonnaires nombreux que nous avons signalés ; c'est de là que le processus s'étend, pénétrant les nodules myomateux par

(1) PILLIET et AUVRAY, *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1^{er} juillet 1894, p. 504.

leur périphérie, les dissociant à leur tour, et atteignant en dernier lieu la paroi des vaisseaux de ces nodules.

Enfin, pour terminer cette courte description microscopique de la dégénérescence œdémateuse, signalons quelques lésions concomitantes.

C'est d'abord la présence de placards de *nécrose*, analogues à ceux que nous avons déjà trouvés dans la dégénérescence fibreuse ; probablement ils sont dus à ce que le tissu œdémateux qui entoure ces parties du fibromyome les comprime brusquement et les prive ainsi d'un apport nutritif suffisant.

C'est ensuite la présence, en plein tissu dégénéré, d'*hémorrhagies interstitielles*, dont nous n'avons pas pu d'ailleurs déterminer le point de départ ni la cause, dans les deux cas que nous avons étudiés. Dans l'une de nos observations, à côté de cette infiltration intercellulaire par les globules du sang, nous avons même trouvé une *cavité hémorrhagique* d'un certain volume, analogue à celles qu'on rencontre fréquemment dans le sarcome, bien que notre tumeur ne présentât aucun des caractères de celui-ci (voir obs. 30).

III. Nous arrivons maintenant à l'*étude du liquide* qui infiltre les fibromyomes, ou remplit les pseudo-kystes développés en leur intérieur par son agglomération.

C'est une sérosité jaunâtre, citrine, quelquefois de couleur orangée quand elle renferme des globules sanguins. Elle est de consistance légèrement visqueuse et laisse souvent sur les doigts comme une mince couche de vernis.

Abandonnée à l'air, elle se prend presque immédiatement en gelée. Traitée par la chaleur et les acides, elle se coagule en donnant un abondant précipité blanchâtre, se comportant ainsi comme les liquides albumineux.

Au point de vue chimique, voici sa composition, d'après une analyse qui nous a été faite par M. Dumouthiers, pharmacien de l'hôpital St-Joseph.

A cet effet, nous avons mélangé le liquide de plusieurs pe-

tites cavités pseudo-kystiques et celui de placards infiltrés, d'aspect gélatineux, recueilli par aspiration au moyen d'une pipette plongée dans la masse.

L'analyse a donné les résultats suivants :

« Liquide rosé, fluide, d'une densité de 1025 à 15°.

A 100°, le liquide a donné 90 grammes de résidu fixe pour 1000 centimètres cubes (un litre).

Sur ces 90 grammes, il y a 69 gr. 80 de matières albuminoïdes se décomposant ainsi :

Matières albuminoïdes	{ Albuminoses, 4 grammes par litre.
69 gr. 80	{ Hydropisine, 22 gr. 10.
	{ Sérine, 43 gr. 70.

La fibrine apportée par le sang a été évaluée à 0 gr. 30 par litre.

Pas de mucine.

Pas de créatine, ni de créatinine.

Pas de peptones.

Les sels anhydres ont été évalués à 7 gr. 10 par litre ; ils se décomposent ainsi :

Sels anhydres	{ Chlorures 4 gr. 38.
7 gr. 10	{ Carbonates et phosphates, 2 gr. 72.

Le microscope a démontré la présence d'un certain nombre de globules sanguins. » — C'est probablement pour cette raison que le liquide avait une teinte rosée ; ces globules provenaient du sang contenu dans la tumeur, dont quelques gouttes avaient pu être recueillies en même temps que la sérosité de notre dégénérescence.

Enfin, *au point de vue bactériologique*, le liquide que nous étudions est ordinairement un liquide *stérile*. Après l'avoir recueilli avec toutes les précautions d'asepsie nécessaires, nous l'avonsensemencé à plusieurs reprises sur divers milieux de culture : bouillon, gélose, sérum. Jamais, nous n'avons obtenu la moindre apparence de colonie microbienne.

Notons cependant, que dans un cas analogue aux nôtres, Mermet (1) a trouvé du staphylocoque blanc.

Nous venons de décrire, aussi brièvement que possible, en raison de la longueur et du grand nombre de nos observations, une dégénérescence des fibromyomes de l'utérus que nous avons appelée dégénérescence œdémateuse.

Il nous reste maintenant, et c'est le point le plus important de cette partie de notre travail, à légitimer cette dénomination.

Les opinions des différents auteurs sont très variables au sujet de l'interprétation de la nature des lésions qui nous occupent ; on peut cependant les ranger sous quatre chefs principaux :

1^o Pour les uns il s'agit d'*œdème* dans la plupart des cas. C'est l'opinion de Cruveilhier, qui regarde les géodes comme la conséquence de l'œdème ou infiltration séreuse ; cette dernière serait due selon lui à une oblitération veineuse par phlébite adhésive ou oblitérante, ainsi que nous l'avons déjà dit. Lebert et Broca, parmi les anciens, sont du même avis. Plus récemment, nous voyons cette idée adoptée par tous les classiques, Cornil et Ranvier, Quénu, Delbet, Pozzi, etc., qui parlent tous de la dégénérescence œdémateuse des fibromyomes.

Un certain nombre d'observations de ces dernières années viennent encore à l'appui de la même opinion ; citons celles de Cazin (2), Mermet (*loc. cit.*), Pilliet (3), etc.

Enfin, la littérature étrangère nous fournit plusieurs travaux où l'on retrouve la même conclusion. Signalons ceux de Kœster (4) et Rumler (5) qui soutiennent que le tissu myxomateux n'est autre chose qu'un tissu conjonctif ou adipeux œdématié,

(1) MERMET, Fibromyomes sous-péritonéaux à formations pseudo-kystiques. *Soc. anatomique*, octobre 1896.

(2) CAZIN, Fibromyome kystique de l'utérus. *Société anatomique*, 1893.

(3) PILLIET, *Bulletins Soc. anatomique*, juillet 1896.

(4) KOESTER, Ueber Myxom-Sitzungsber. d. Niederrhein. *Gesellsch. f. natur. u. Heilk.*, 1881, 14 janvier.

(5) RUMLER, *Ueber Myxom und Schleimgewebe*. Inaug. diss., Bonn, 1881.

et que les tumeurs qu'on appelle myxomes ne sont autres que des fibromes ou des lipomes œdédiatiés, ou des tissus modifiés par l'œdème ; de Orth (1) et de Ziegler (2), qui pensent qu'entre les fibromes œdédiatiés et les myxomes, il n'est pas possible d'établir des limites exactes ; de Pick (3), qui admet l'œdème tout en le considérant comme un simple accident dans le développement des « tumeurs dites sarcomes ».

Cette dernière idée est aussi celle que nous trouvons dans le mémoire que viennent de publier MM. Paviot et Bérard (4) de Lyon ; bornons-nous, pour l'instant, à constater qu'ils reconnaissent l'existence de l'œdème, sans entrer dans la discussion de sa signification.

2° Pour d'autres, les géodes et les tumeurs fibro-kystiques sont des *espaces lymphatiques* énormément dilatés.

C'est l'opinion de Billroth, de Kœberlé (5), de Klebs (6), de Léopold et Fehling (7), et plus récemment de Le Bec, Doléris et Müller (8) ; ces auteurs décrivent à la surface des cavités siégeant dans l'intérieur des fibromyomes, un endothélium s'imprégnant en noir par le nitrate d'argent.

3° Virchow (*loc. cit.*), appliquant aux fibromyomes ramollis, que nous étudions, ses idées relatives à la nature du tissu myxomateux en général, qu'il considère comme un stade dans le développement des tissus conjonctif, osseux et cartilagineux, en fait une transformation *myxomateuse*.

(1) ORTH, *Lehrb. d. spec. pathol. Anatom.* Bd 2, S. 494.

(2) ZIEGLER, *Lehrb. d. allgem. pathol. Anatom.* S. 213.

(3) PICK, Zur Histogenese und classification der Gebärmutter-sarcome. *Arch. für Gynækologie*, Heft I, p. 24, 1893.

(4) PAVIOT et BÉRARD, Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. *Archives de méd. expérimentale*, juillet et septembre 1897.

(5) KÖEBERLÉ, *Gazette hebdomadaire*, février 1869.

(6) KLEBS, *Handb. der path. Anat.*, p. 387.

(7) LÉOPOLD et FEHLING. Myosarcoma lymphangiectodes uteri. *Arch. für Gyn.*, t. VII, p. 531, 1875.

(8) W. MÜLLER, Beitrag zur Kenntniss der cystoiden Uterusmyomen. *Arch. für Gyn.* Band XXX, Heft 2, 1887.

Bien que cette conception soit signalée dans les classiques, Virchow n'a guère été suivi dans cette voie et a admis d'ailleurs lui-même l'existence de formations kystiques qui paraissent bien analogues aux nôtres.

Cependant, nous trouvons dans la thèse de Costes (p. 63) une description de la dégénérescence myxomateuse des fibromyomes, écrite d'après les idées de Pilliet (1) qu'elle reproduit.

4° Enfin, d'après Paviot et Bérard (*loc. cit.*), une dernière théorie est celle de l'*oblitération artérielle* et de la *nécrose* consécutive, invoquée par Pilliet (2); d'après ce dernier, « beaucoup de fibromes à géodes, à cavernes, à poches, en général les fibromes kystiques, ne sont probablement que des fibrosarcomes dont la portion sarcomateuse s'est nécrosée ». Nous retrouvons les mêmes idées dans la thèse de Costes.

Abordons maintenant la discussion de ces différentes opinions. D'abord, nous croyons devoir identifier les fibromyomes à géodes et les tumeurs fibro-kystiques, quel que soit le volume des cavités que ces néoplasmes renferment. En cela nous suivons les idées de notre maître M. Le Bec : « au point de vue de l'étude anatomo-pathologique, dit-il (*loc. cit.*, p. 7), on peut réunir les tumeurs myo-kystiques et les tumeurs à géodes. En effet, cette dernière espèce de tumeurs semble être en quelque sorte le premier degré possible de la maladie. Dans l'une les kystes sont petits, multiples et prennent la forme de simples cavités creusées dans le tissu du myome; dans l'autre les cavités sont agrandies et des kystes énormes se forment. » D'autres auteurs, Paviot et Bérard par exemple, sont du même avis.

Nous allons plus loin; nous appuyant sur nos observations personnelles et sur un certain nombre d'autres que nous avons signalées, nous pensons que les tumeurs à géodes et par consé-

(1) PILLIET et AUVRAY, Corps fibreux du col de l'utérus. *Bull. Soc. anat.*, 1^{er} juillet 1864, p. 504.

(2) PILLIET, Sur l'évolution sarcomateux des fibromes utérus. *Bull. Soc. anat.*, 21 juillet 1894.

quent les tumeurs fibro-kystiques elles-mêmes ne sont que des degrés différents d'un seul processus qui est l'œdème. Nous avons pu en effet, constater souvent au microscope la succession de ces degrés, depuis la simple infiltration et la dissociation fibrillaire du tissu conjonctif, la formation de petites alvéoles par l'accumulation de la sérosité et la mortification du tissu musculaire et conjonctif, jusqu'à l'apparition de cavités énormes, analogues à celle que nous avons constatée dans un de nos cas (obs. 31).

Nous ajoutons que jamais, dans aucune de ces cavités, nous n'avons observé de paroi propre ; aussi, à l'exemple de Pozzi et de Mermet (*loc. cit.*), les avons-nous dénommées *pseudo-kystes*.

Est-ce à dire pour cela que nous nions l'origine lymphatique des géodes et des tumeurs fibro-kystiques ? Nous sommes bien obligés d'admettre la présence d'épithélium à la face interne de quelques-unes des cavités dont il est question ; ce fait a été observé par Ranvier et Malassez (in thèse Le Bec), et vérifié par un certain nombre d'auteurs que nous avons cités. Mais ces cas doivent être rares ; et, ces dernières années, la littérature médicale n'en a pas enregistré de bien nombreux exemples.

Nous ferons remarquer en outre, que les partisans de cette opinion eux-mêmes ne sont point exclusifs ; car dans la thèse de M. Le Bec, nous trouvons une observation de Demarquay, de tumeur kystique de l'utérus, dans laquelle l'examen histologique fait par Bouchard n'avait point démontré la présence de paroi propre : « à la face interne, les éléments musculaires arrivent jusqu'au contact du liquide contenu dans le kyste ; cependant en ce point, les éléments ont subi une sorte de dégénérescence granuleuse qui donne à leur ensemble un aspect gélatineux. »

Enfin, en examinant au hasard quelques-unes des observations de tumeurs fibro-kystiques rapportées par Kœberlé, et que cet auteur considérait comme des ectasies lymphatiques, nous avons acquis la conviction que plusieurs devaient être iden-

tiques à ce que nous décrivons. Dans l'une d'elles, mémorable parce que c'était le premier cas où le diagnostic avait été fait avant l'opération, Kœberlé dit : « La tumeur était constituée par une multitude innombrable de loges et de sinus, dont la capacité variait depuis un à deux décimètres de diamètre jusqu'à quelques millimètres seulement. La plupart des cavités étaient contiguës et séparées par des cloisons très minces, incomplètes, ce qui donnait à la masse un aspect aréolaire analogue à l'éponge. D'autres étaient isolées au milieu d'une couche épaisse et très dense de tissu fibroïde... Le liquide qui les remplissait était limpide, citrin, analogue à la lymphe, et se coagulait spontanément au contact de l'air. »

Voilà, il nous semble, une description qui ressemble bien aux nôtres ; et, dans le même cas, si l'analyse microscopique a démontré à Kœberlé la présence « de fibres-cellules de dimensions variables et plus ou moins granuleuses » elle ne paraît pas lui avoir décelé un épithélium sur la paroi interne des cavités, car il n'en parle pas.

En somme, nous concluons que la dilatation [des lymphatiques par compression exercée au niveau du néoplasme, ou par tout autre mécanisme, est un fait indéniable, mais très rare ; il n'est point vérifié la plupart du temps et en tous cas, il ne rend point compte du début des lésions que nous décrivons, lorsque les tumeurs présentent cet aspect gélatineux si caractéristique.

Nous n'admettons point davantage la conception de Virchow qui désigne sous le nom de *dégénérescence myxomateuse* la transformation qui nous occupe. Ce mot, en effet, rappelle immédiatement à l'esprit un tissu analogue à celui du cordon ombilical, la gélatine de Warthon ; celle-ci est un tissu muqueux à substance fondamentale hyaline, dans laquelle plongent des cellules rondes ou étoilées, émettant des fibrilles ténues.

Or, dans nos fibromyomes, nous n'avons jamais rien observé qui ressemblât à cette structure du myxome, et nous ne croyons pas qu'on puisse identifier histologiquement ces deux ordres de tumeurs.

On nous objectera peut-être que le liquide d'infiltration renferme dans certains cas de la *mucine* ; à cela, nous répondrons que le fait n'est point constant, puisque notre analyse chimique a été négative à ce sujet. En outre, il est établi que dans les tissus, tous les éléments jeunes font facilement de la mucine ; or, dans quelques-unes de nos tumeurs, nous avons décrit de petits placards de noyaux arrondis, embryonnaires, siégeant surtout à la périphérie des vaisseaux. Il est donc permis de supposer que la mucine, que l'on trouve quelquefois, est due à la présence de ces cellules embryonnaires.

Il nous reste une dernière théorie à discuter : c'est celle de Pilliet, qui ferait des géodes la conséquence de l'oblitération artérielle et de la névrose consécutive.

Cette pathogénie est niée par MM. Paviot et Bérard qui n'ont « jamais vu ces oblitérations artérielles au voisinage de ces pseudo-kystes » ; qui pensent « que ces formations n'ont aucun caractère nécrobiotique ni macroscopique ni microscopique » ; qui ne « conçoivent pas qu'une tumeur de 5 à 8 kilogrammes tout entière transformée en géodes colloïdes, puisse atteindre un pareil développement, si chaque cavité ou pseudo-cavité est l'œuvre d'une mortification ».

Comme MM. Paviot et Bérard, il est vrai, nous n'avons jamais vu d'oblitération artérielle au voisinage des points gélatineux ou des géodes ; en se reportant à nos observations, on verra au contraire que la lumière des vaisseaux nous a presque toujours apparu libre, et que, si dans quelques cas elle était comblée par des globules sanguins, ceux-ci n'avaient aucun caractère d'organisation visible aux plus forts grossissements du microscope ; par conséquent nous pensons que ces globules ne sont que des reliquats de caillots déterminés, après l'extraction de la tumeur, par l'action de l'alcool dans lequel nous plongeons nos fragments pour les durcir. D'ailleurs, dans un cas où nous avons pu constater des oblitérations artérielles très nettes avec organisation du caillot, il n'y avait pas eu formation de cavités pseudo-kystiques ni de points gélatineux ; nous rapporterons plus loin cette observation.

Mais nous protestons avec énergie contre cette allégation de MM. Paviot et Bérard prétendant que « ces formations n'ont aucun caractère nécrobiotique ». Nous avons en effet, suivi au microscope, dans un certain nombre de cas non douteux d'œdème, la nécrobiose débutant par la perte de coloration du protoplasma d'abord, puis du noyau, et aboutissant à la formation d'une bouillie grisâtre où l'on ne reconnaît plus que des masses amorphes, au milieu desquelles de rares noyaux viennent encore donner la signature du tissu musculaire. Nous avons même, en insistant sur ces caractères, interprété cette nécrose par la compression brusque déterminée par l'œdème sur le tissu musculaire.

Revenons maintenant à la théorie de Pilliet. Avant d'aller plus loin, constatons qu'il a admis récemment l'œdème comme origine des géodes (*Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1896). Par conséquent il n'est point adversaire de notre opinion et la discussion nous sera facile.

Ce qu'il faut dire, c'est que, si les géodes existent le plus souvent dans les fibromyomes atteints de dégénérescence œdémateuse, on constate également des cavités analogues, mais bien moins fréquentes, à notre avis, dans ceux qui sont en *dégénérescence sarcomateuse*. Dans ce dernier cas, on observe nettement des oblitérations vasculaires qui peuvent donner lieu à de la nécrose et à des cavités consécutives à celles-ci ; nous donnerons plus loin une observation confirmative de ce fait.

Il résulte de cette courte explication que MM. Paviot et Bérard nous paraissent avoir mal interprété les idées de Pilliet, qui n'a jamais décrit ce que ces auteurs appellent portions myxoïdes et kystiques, ce que nous appelons portions œdémateuses, comme « le résultat d'une oblitération vasculaire » ; dans le cas de Pilliet, en effet, il s'agissait d'un fibro-sarcome, avec cavités nécrobiotiques, pour lesquelles la pathogénie qu'il invoque était parfaitement justifiée ; seulement nous croyons qu'il est allé trop loin en attribuant à la plupart des formations kystiques des fibromyomes une origine sarcomateuse ; le pro-

cessus que nous invoquons nous paraît de beaucoup le plus fréquent.

De toute cette discussion, nous concluons, à la suite des nombreux auteurs que nous avons cités, que les lésions que nous avons décrites dans ce chapitre sont dues à l'*œdème*.

L'examen microscopique de tous nos cas nous a toujours démontré en effet la présence du même processus, qui est celui que nous indiquons. En outre, l'examen chimique du liquide infiltré dans la tumeur nous a donné une preuve de plus à l'appui de notre opinion. Si nous voulons nous reporter à notre analyse et comparer la composition du liquide qui imbibe nos fibromyomes à celle du sérum sanguin, nous verrons une analogie frappante. D'après Mathias Duval (1) en effet, le sérum sanguin contient principalement des substances albuminoïdes dans la proportion considérable de 70 à 75 pour 1000, dont la plus importante est la sérine ; et des sels, dans la proportion de 6 à 8 pour 1000, dont les plus importantes sont le chlorure de sodium et le carbonate de soude.

Or nous avons trouvé dans notre liquide 69 gr. 80 pour 1000 de matières albuminoïdes, et parmi celles-ci 43 gr. 70 de sérine ; 7 gr. 10 pour 1000 de sels anhydres, composés surtout de chlorures et de carbonates.

Ceci établi, quelle est la nature des tumeurs dans lesquelles se produit l'*œdème* ? Cette lésion est-elle quelque chose d'essentiel, ou au contraire n'est-elle qu'un « accident, dans le développement des tumeurs dites sarcomes », comme l'affirment Pick et MM. Paviot et Bérard ?

On a pu voir, dans l'exposé de nos observations, que nous avons séparé en quelque sorte deux espèces de fibromyomes œdémateux : les premiers étant complètement ou presque complètement envahis par ce processus ; les seconds au contraire montrant seulement en leur intérieur quelques rares points où la lésion était appréciable. Ajoutons à cela que la clinique sem-

(1) MATHIAS DUVAL, *Cours de physiologie*, p. 204, 189

ble différencier encore ces deux ordres de tumeurs, puisque les premières possèdent, comme nous le verrons plus loin, un des caractères primordiaux que l'on assigne aux tumeurs malignes, la rapidité de l'accroissement, tandis que les secondes se comportent comme les fibromyomes normaux. Enfin, la présence, au milieu de certaines de ces tumeurs, de placards de noyaux arrondis, d'apparence embryonnaire vient encore à l'appui de l'opinion soutenue par MM. Paviot et Bérard.

Malgré cela, nous ne sommes point de l'avis de ces auteurs. Nous pensons que, dans tous ces cas, il s'agit de la même lésion ; le microscope nous a montré la même apparence soit dans son début, soit dans son évolution, aussi bien dans les fibromyomes où elle était généralisée que dans ceux où elle se localisait à un point isolé. Quant aux cellules embryonnaires péri-vasculaires dont nous venons de parler, nous croyons qu'elles sont simplement d'origine inflammatoire ; nous nous refusons complètement à voir en elles des points de sarcome, et l'évolution des tumeurs qui les renferment semble nous donner raison.

Nous n'admettons pas davantage que les portions « œdémateuses » représentent un processus « d'accroissement, d'extension, de surnutrition du néoplasme », comme le pensent MM. Paviot et Bérard. Pour nous, elles représentent au contraire un processus de mortification, de dégénérescence : nous avons en effet constaté très souvent d'une façon non douteuse, la nécrose des fibres musculaires.

Nous pensons donc que l'œdème, envahissant la totalité, ou au contraire une portion isolée d'un fibromyome utérin, est suffisant pour donner à ces tumeurs des caractères spéciaux, analogues à ceux que nous avons décrits ; cette lésion d'ailleurs n'est point toujours isolée ; nous l'avons trouvée dans les fibromyomes atteints de dégénérescence fibreuse ; elle peut exister également au cours de la dégénérescence sarcomateuse, ce qui explique les variations d'opinion à son sujet.

Terminons ce chapitre en étudiant un point de physiologie pathologique intéressant, mais que nous n'avons pu éclaircir,

malgré le nombre de nos examens macroscopiques et microscopiques. Pourquoi et comment se produit l'œdème ?

En général, deux grandes causes surtout commandent cette lésion, quel que soit le tissu dans lequel elle se produit :

1° Les troubles de la circulation sanguine : dans les capillaires, dans les artères, dans les veines ;

2° Les troubles de la circulation lymphatique.

C'est en partant de ces principes que nous avons fait nos recherches.

Au point de vue macroscopique, nous avons constaté plusieurs fois, ainsi que nous l'avons noté au cours de nos observations, une dilatation parfois très notable des veines et des lymphatiques qui circulent à la surface des fibromyomes. Cette dilatation était l'indice d'une gêne dans la circulation en retour du sang et de la lymphe contenus dans la tumeur. Mais nous avons cherché en vain le lieu de la compression ; dans aucun cas nous ne l'avons trouvé.

L'examen microscopique ne nous a pas donné non plus la solution du problème. La plupart du temps nous avons pu constater dans nos fibromyomes œdémateux que la lumière des vaisseaux était libre, et que par conséquent la circulation s'y faisait facilement. Ce que nous avons vu, c'est, dans quelques cas, la dilatation des vaisseaux en certains points ; c'est, dans tous les cas, une augmentation parfois considérable du nombre des capillaires. A quoi est due celle-ci, nous l'ignorons, mais il nous sera permis de supposer que la présence de ces néo-vaisseaux n'est peut-être pas étrangère à l'apparition de l'œdème ; peut-être la cause de celui-ci réside-t-elle dans la perméabilité excessive de leur paroi. Ajoutons à cela des stases circulatoires probables en raison des dilatations vasculaires superficielles et profondes que nous avons signalées, et nous aurons dit tout ce que nos examens nous permettent d'affirmer sans faire d'hypothèses non vérifiées par l'observation.

En résumé, les tumeurs que nous classons sous le titre de fibromyomes œdémateux sont peut-être complexes. Si leur as-

pect microscopique apparaît toujours identique et facile à interpréter, nous ne nous dissimulons point que leur évolution présente des points obscurs ; ces points sont l'accroissement rapide et l'existence des amas de noyaux embryonnaires. Mais d'autre part la clinique, dont il faut tenir compte, nous apprendra que, jamais elles ne se comportent comme les néoplasmes malins : elles ont peu d'influence sur l'état général, sinon par les troubles de compression qu'elles déterminent ; elles ne se généralisent point, n'envahissent point les ganglions ; enfin, après l'ablation, elles ne récidivent pas.

Ce sont ces raisons, ajoutées à l'extrême fréquence de cette lésion, qui nous ont amenés à faire de l'œdème un chapitre spécial de l'étude des dégénérescences des fibromyomes utérins.

§ 3. — Dégénérescence sarcomateuse.

La dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes de l'utérus a été, ainsi que nous l'avons vu, tantôt admise (Wenzel, Valentin etc.), tantôt rejetée (Robert Lee, Walter, Cruveilhier) par les anciens auteurs qui confondaient vraisemblablement le sarcome et le carcinome.

Virchow (*loc. cit.*, p. 314) a observé des transformations sarcomateuses des myomes utérins, « surtout dans la forme du sarcome à cellules fusiformes et à cellules rondes avec substance intercellulaire fibreuse ou muqueuse ».

Laurent (1) admet au contraire la simple coexistence du fibromyome et du sarcome : « On peut rencontrer, dit-il, des nodules en partie fibromateux, en partie sarcomateux, sans que les éléments histologiques se confondent. »

La question de la dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes utérins a inspiré ces dernières années un certain nombre de travaux importants, aussi bien à l'Etranger qu'en France.

(1) LAURENT, Fibromyomes et sarcomes utérins (La clinique de Bruxelles). *Arch. de tocologie et de gynécologie*, janvier 1893, p. 69.

Nous nous contenterons de les signaler et d'en extraire les idées principales, sans chercher à les discuter.

Le sarcome est, en effet, un point de l'anatomie pathologique encore entouré d'obscurité et au sujet duquel l'accord est loin d'être fait ; il ne nous appartient point de donner une opinion personnelle qui serait sans valeur.

Cependant, nous ne suivrons pas les idées de l'Ecole de Lyon, qui nous paraissent trop avancées. Voici, en effet, ce que disent MM. Paviot et Bérard, dans un mémoire que nous avons signalé déjà plusieurs fois : « Il n'y a pas de sarcome, mais des tumeurs plus ou moins caractérisées de tissus définis et nées des éléments de ces tissus ; c'est leur origine vraie qu'il faut apprendre à reconnaître. » Nous croyons qu'il est prématuré de rayer du cadre de la science le mot sarcome, que MM. Tripier et Bard, de Lyon, conservent encore, et que, en la circonstance, il vaut celui de « cancer musculaire lisse », qu'on cherche à lui substituer.

D'ailleurs, pour le sujet qui nous intéresse, la chose a peu d'importance, puisqu'il s'agit des mêmes tumeurs ; nous n'insistons donc pas davantage sur ce point.

Trois théories principales ont été données pour expliquer l'histogénèse de la dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes de l'utérus :

1^o Développement aux dépens du tissu conjonctif des myomes ;

2^o Développement aux dépens de l'endothélium des vaisseaux sanguins ou lymphatiques ;

3^o Développement aux dépens des cellules musculaires elles-mêmes de la tumeur.

La première de ces théories est celle de Virchow (*loc. cit.*, p. 392) : « La dégénérescence sarcomateuse, dit-il, débute par la prolifération dans certains endroits de la substance intercellulaire. Les cellules augmentent par scission ; au commencement elles sont petites, plus tard elles grossissent et renferment des noyaux considérables comme de gros corpuscules

muqueux, tandis que la substance inter-cellulaire devient plus lâche et plus molle. Tandis que les interstices s'élargissent, le tissu musculaire disparaît complètement dans beaucoup d'endroits ; dans d'autres, il persiste et devient même plus abondant. »

Uncertain nombre d'auteurs partagent les idées de Virchow, parmi ceux-ci, citons Birsch-Hirschfeld, Chrobak, Gussow.

La théorie de l'origine endothéliale vasculaire de la dégénérescence sarcomateuse est soutenue, à l'étranger par Pfannenstiel (1), Amann (2), Orth (3) ; en France par Pilliet (4) et Costes (thèse). Voici, d'après ces derniers auteurs, ce qui se passe. « L'endothélium des vaisseaux sanguins est formé normalement de larges cellules aplaties, qui se segmentent, se multiplient dès le début de la transformation sarcomateuse et forment autour du vaisseau une couche de nombreuses cellules arrondies, proéminentes, presque toutes en voie de division. Ces cellules continuent à se multiplier et forment ainsi plusieurs couches concentriques. Ce processus s'étend aussi aux capillaires et à leurs nombreuses pointes d'accroissement. Les cellules sarcomateuses ainsi développées continuent à se multiplier dans la substance intermédiaire des fibres musculaires. Celles-ci subissant le processus irritatif, s'hypertrophient, leur protoplasma perd son homogénéité, sa structure, leurs noyaux deviennent granuleux irréguliers, et elles finissent par disparaître pour faire place au tissu sarcomateux qui s'étend peu à peu. Pendant que les cellules sarcomateuses se développent sur les parois des capillaires et envahissent le fibromyome, les cellules endothéliales continuent souvent à se multiplier par couches successives et finissent par en oblitérer plus ou moins complè-

(1) PFANNENSTIEL, Das traubige sarc. der cervix uter. *Virchows' archiv.*, Bd 127, S. 303, ff. 1892.

(2) AMANN, *Ueber Neubildungen d. Cervicalport d. uter.*, S. 25, ff. 1892.

(3) ORTH, *Lehrb. d. spec. pathol. Anatom.*, Bd 2, Liefgr. 3, S. 486, 1893.

(4) PILLIET, *Société anatomique*, janvier, juillet et octobre 1894 ; PILLIET et COSTES, *Société de biologie*, 1894.

tement la lumière. Alors la circulation s'arrête dans la zone irriguée par le petit vaisseau. Le tissu sarcomateux répandu dans ce point ne recevant plus de matériaux de nutrition se nécrose, et nous avons une petite cavité kystique. Si le processus d'oblitération frappe un certain nombre de vaisseaux, nous avons la production d'un grand kyste sarcomateux. Comme un certain nombre de vaisseaux sont détruits, nous avons l'origine du liquide hémorrhagique si souvent décrit dans ces kystes. »

Enfin, la dernière théorie, celle du développement par transformation des cellules musculaires elles-mêmes a été défendue par Von Kalden (1), par Williams (2), par Pick (3); c'est celle qu'adoptent MM. Paviot et Bérard.

Pick, ayant observé un polype myomateux inséré sur le fond de l'utérus et poussant par ses bourgeonnements comme une grappe qui remplit et dilate la cavité du corps, admet que le myome à fibres lisses adultes bien reconnaissables précède le sarcome à cellules rondes et fusiformes : ces dernières proviendraient par transformations progressives des fibres-cellules du myome. Un certain nombre de figures accompagnent ce travail pour en appuyer les idées.

Tout en étant d'accord en principe, avec Pick, MM. Paviot et Bérard diffèrent sur l'interprétation de ce fait. Pour eux, il n'est pas nécessaire que le fibromyome précède toujours le sarcome; et les « cellules musculaires lisses, plus ou moins reconnaissables et bien formées, qui se rencontrent dans une tumeur maligne à cellules rondes et fusiformes de l'utérus, représentent la transformation de ces dernières, qui doivent naturellement, à moins d'un degré de malignité rarement observé, évoluer vers la formation de la cellule adulte, la fibre-

(1) VON KALDEN, Das Sarcom d. Uterus. *Ziegler's Beiträge zur patholog. Anat.*, 1893.

(2) WILLIAMS, Beiträge zur Histologie und Histogenese d. uterus-sarcoms. *Zeitschrift f. Heilk.*, Bd 13, Zw. 3, Heft, 1894.

(3) L. PICK, Zur Histogenese und Classification der Gebärmuttersarcome. *Arch. f. Gynækol.*, Heft I, p. 24, 1895.

cellule, dont elles ne représentent que le stade embryonnaire ».

Nous n'avons eu l'occasion d'examiner que deux cas de dégénérescence sarcomateuse bien nette de fibromyomes utérins ; nous verrons, lorsque nous en aurons donné l'observation, à laquelle de ces théories il convient de rattacher leur origine.

OBSERVATION 32.

Fibromyome en dégénérescence sarcomateuse.

Mme E..., âgée de 59 ans, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 3 novembre 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Rien à noter de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

Menstruation à 14 ans ; pas de grossesse ; ménopause à 54 ans.

Il y a 4 mois, la malade a remarqué dans le côté gauche de son ventre une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Pas de douleur à ce moment. Pas de métrorrhagies.

La tumeur ne paraissait pas augmenter, mais, il y a un mois, il s'est développé très rapidement de l'ascite. Le ventre a pris en peu de jours un volume considérable : la dyspnée et l'anorexie s'établissent en même temps. Œdème des jambes depuis 15 jours. L'amaigrissement a été peu prononcé.

EXAMEN CLINIQUE de la malade à son entrée.

Inspection : Ventre de batracien, flancs étalés ;

Percussion : Sonorité médiane et matité dans les flancs et à la partie inférieure ; ligne de matité à concavité supérieure.

Palpation : Fluctuation nette. Au-dessous du liquide, on sent une tumeur assez dure, flottante, occupant le côté gauche du bassin et remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Toucher : Le vagin est rempli par une tumeur dure, irrégulière, qui proémine dans les culs-de-sac.

Diagnostic. — On hésite entre un sarcome de l'utérus et un kyste prolifère papillaire de l'ovaire. Il est difficile, en raison de l'ascite, de reconnaître le point de départ de la tumeur.

Opération, le 8 novembre 1897. — Laparotomie ; aussitôt le ventre ouvert, il s'en échappe plusieurs litres de liquide ascitique ; on aperçoit une tumeur volumineuse rouge foncée, multilobée, avec un gros champion jaunâtre à la face antérieure.

Cette tumeur remplit le cul-de-sac de Douglas et est adhérente à l'in-

testin sur une grande partie de sa périphérie. L'extraction en est très difficile et détermine une hémorrhagie assez considérable. L'uretère gauche comprimé dans la masse néoplasique est disséqué avec soin ; il présentait au-dessus de ce point une dilatation avec hydronéphrose. L'ablation complète est presque impossible, il y a généralisation aux ganglions du bassin.

Mort de schok opératoire dans la nuit, 7 heures après l'opération.

AUTOPSIE, 30 heures après la mort. — Pédicules en bon état ; il reste des fragments de la tumeur autour de la veine iliaque droite. Pas de métastases dans le foie, ni dans le poumon, ni dans les ganglions autres que ceux du bassin. Cœur hypertrophié et en dégénérescence graisseuse.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Masse énorme, pesant 2 kilogr. 530 grammes, ayant les dimensions suivantes : hauteur, 22 centimètres ; largeur entre les annexes, 17 centimètres ; épaisseur, 12 centimètres.

Examinée sur la face antérieure, elle affecte à peu près la forme d'un rein volumineux, avec une encoche sur son bord droit, qui répondrait au hile rénal, et un sillon transversal partant de ce point. Ce sillon d'abord horizontal, se bifurque de manière à délimiter 5 sortes de lobes, 3 d'égales dimensions situés à droite, et 2 autres plus petits, l'un au-dessus de l'autre, à gauche. L'un des gros lobes, placé au sommet, a l'aspect très irrégulier, mamelonné, et se montre couvert de bosselures ; sa couleur est jaunâtre. Les deux autres gros lobes, situés au-dessous du précédent, sont roses, sillonnés de vaisseaux veineux gros et petits, très nombreux, avec de fines arborisations vasculaires intermédiaires. Celui qui est situé à la partie inférieure représente le col utérin ; il est développé aux dépens de la paroi droite de ce dernier. Quant aux deux petits lobes situés à droite de la tumeur, ils ont le même aspect rosé et bosselé que les précédents.

Sur la face postérieure, on aperçoit nettement l'utérus, situé à gauche de la tumeur et reconnaissable à ses parois lisses et plus dures. On ne retrouve plus la lobulation de la face antérieure ; le sillon transversal que nous avons signalé vient se terminer obliquement vers l'orifice du col utérin ; la partie de la tumeur située au-dessus est couverte de bosselures.

On commence l'incision par la cavité utérine, qui mesure 16 centimètres. Celle-ci renferme en son intérieur plusieurs petits polypes appendus à son sommet ; la muqueuse a l'apparence normale. Dans l'épaisseur même de l'utérus, cette coupe met à nu deux fibromyomes encapsulés, d'apparence normale, blanchâtres, durs et criant sous le couteau.

Une autre incision est faite parallèlement à la précédente, en plein dans la tumeur. Elle nous montre à la partie supérieure une masse fibromyomateuse arrondie, bien encapsulée, du volume d'une orange ; la partie centrale est toute ramollie, de couleurs rose foncé. Au-dessous de cette masse, et séparée d'elle par un tissu également ramolli, existe une cavité du volume d'une mandarine environ, et remplie d'un liquide brun chocolat, hématique. La masse jaunâtre, faisant saillie à la face antérieure de la tumeur, présente en son intérieur la même apparence ramollie ; elle est grisâtre, avec un léger piqueté hémorrhagique. Cet aspect se retrouve encore dans une partie inférieure de la masse, en dehors du col utérin.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} *Série de coupes*. — Elles portent sur une portion d'utérus située au voisinage de la muqueuse.

Elles sont constituées par des faisceaux musculaires du muscle utérin, et ne présentent rien à noter de particulier qu'un point limité qui forme à l'œil nu une tache bleue.

Lorsqu'on examine ce point au grossissement moyen (oc. 2, obj. 4 de Dumaige), on voit qu'entre les faisceaux musculaires, un gros vaisseau sanguin est rempli de cellules volumineuses tassées les unes contre les autres ; sa paroi est nette, et on y reconnaît partout des fibres musculaires, sauf en un point où leurs noyaux se confondent avec de petites cellules arrondies qui entourent le vaisseau à ce niveau. Un autre vaisseau, voisin du précédent, est également rempli des mêmes cellules néoplasiques.

Avec le fort grossissement (oc. 2, obj. 6), on voit que ces dernières sont constituées par un noyau très volumineux, un protoplasma régulièrement arrondi ou légèrement polygonal ; elles se tassent en dedans de la paroi du vaisseau, qui est rompu, comme nous l'avons dit, en un point où elles font irruption dans le tissu environnant.

2^e *Série de coupes*. — Prises au niveau d'une masse arrondie située au niveau du col utérin.

Elles ont un aspect uniforme sur toute leur étendue, et sont constituées par de grosses cellules bien colorées par places ; en d'autres endroits au contraire, l'hématoxyline n'a pas imprégné de noyaux et on voit de larges placards roses d'une substance qui rappelle la matière caséuse.

Avec un fort grossissement, dans les zones bien colorées, les cellules apparaissent rangées sans ordre, tassées les unes contre les autres ; on reconnaît au milieu d'elles les coupes de nombreux vaisseaux capillaires auxquels s'accolent les cellules néoplasiques ; on a en ces points des figures absolument typiques de sarcomes.

Par places, on trouve des globules rouges et blancs, hors des vaisseaux et mélangés aux cellules dont nous parlons. En parcourant avec attention toute l'étendue de la préparation, on retrouve de petits ilots de fibres musculaires perdus dans la masse. Quant aux placards roses, ils sont constitués par des formes cellulaires qui ne prennent plus les réactifs colorants, et plusieurs d'entre eux, tout à fait au centre, ne montrent plus qu'une masse amorphe, nécrosée.

3^e Série de coupes. — Au niveau de la paroi du kyste hématique. Elles sont bordées d'un côté par la paroi de cette cavité, et de l'autre par une tranche de tissu utérin ; la portion intermédiaire, beaucoup plus large, correspond à une région néoplasique.

Du côté de la paroi de la cavité kystique, on voit une substance fibrillaire teintée en rose par l'éosine, et tout à fait à sa limite, quelques trainées d'un pigment brun noirâtre. Au fort grossissement, cette apparence semble due à des bandes de fibres très mal colorées, entre lesquelles on reconnaît la forme de grosses cellules qui n'ont pas pris l'hématoxyline, et aussi quelques globules rouges.

Lorsqu'on avance vers la partie centrale de la coupe, ces fibrilles deviennent plus roses et entre elles s'intercalent quelques grosses cellules qui rappellent celles de la coupe précédente. En dedans de cette portion on retrouve absolument la même structure déjà décrite : ce sont des masses nécrosées, à peine colorées, où l'on distingue encore quelques noyaux. Ceux-ci se groupent toujours autour des vaisseaux capillaires dans lesquels on reconnaît des globules rouges et blancs. On arrive ainsi à la tranche de muscle utérin ; dans l'interstice de ses faisceaux s'insinuent des cellules sarcomateuses ayant les mêmes caractères.

4^e Série de coupes. — Prises au niveau de la grosse masse arrondie encapsulée, située à la partie supérieure de la tumeur.

a). — Périphérie de cette masse et portion du tissu qui forme sa capsule. — Cette dernière est constituée par une masse fibromyomateuse qui n'offre rien de particulier à noter ; le reste de la coupe est formé par du tissu sarcomateux groupé en larges ilots autour des lumières capillaires. La périphérie de ces ilots dégénère en une substance rose, d'apparence nécrosée, qui répond aux descriptions précédentes. Au niveau de la zone de transition, le tissu sarcomateux refoule les cellules musculaires et le tissu fibreux de la capsule, qui lui forment comme une coque bien limitée.

b). — Centre de cette masse. — On y voit de gros vaisseaux capillaires ayant une seule rangée de cellules endothéliales, remplis de globules rouges et blancs. Tout autour, à part quelques placards de cellules encore colorées, il ne reste plus que des amas plus ou moins roses, qui

correspondent à du tissu sarcomateux nécrosé. En plusieurs points, au milieu de ce dernier, on reconnaît une infiltration de globules sanguins, représentant probablement de petits kystes hématiques par rupture des vaisseaux, en voie de formation.

5° *Série de coupes.* — Prises au niveau de la masse jaunâtre, mamelonnée, qui faisait saillie en avant de la tumeur.

Elles présentent sur toute leur étendue l'aspect de l'angiosarcome. Par endroits, on aperçoit des sortes de nodules sarcomateux formés par des amas de grosses cellules arrondies, disposées circulairement autour d'une lumière vasculaire non oblitérée; en d'autres points au contraire, on voit nettement le centre des vaisseaux occupé par des amas de noyaux sarcomateux, de sorte que sur cette coupe il est facile de reconnaître le *développement endo et périvasculaire de la néoplasie*. Dans l'intervalle, se trouve toujours le tissu de nécrose, mal coloré, déjà décrit.

6° *Série de coupes.* — Prises au niveau d'un des fibromyomes situés dans l'épaisseur de l'utérus.

Elles apparaissent toutes constituées par du tissu fibromyomateux normal, lobulé, et il n'a pas été possible de retrouver, en une portion quelconque de leur surface, des points dégénérés.

OBSERVATION 33.

Fibromyome en dégénérescence sarcomateuse.

Fibromyome trouvé à l'autopsie d'une femme morte d'ulcère double de l'estomac à marche chronique, accompagné d'ulcération du foie et du pancréas. L'examen histologique « n'avait démontré dans les cavités glandulaires aucune lésion suspecte au point de vue du cancer (1) ».

La tumeur, du volume d'une tête de fœtus environ, était développée aux dépens du fond de l'utérus; à travers le col, sortait une masse polypoïde de la grosseur du pouce, reliée par un long pédicule de 6 centimètres et ayant presque la même grosseur, au fond de la cavité utérine.

Sur la coupe transversale du fibromyome on remarque une moitié de celui-ci qui est toute ramollie, de couleur blanc-jaunâtre, creusée de cavités irrégulières, remplies d'une bouillie grisâtre.

Le reste de la surface est dur à la coupe, d'aspect fibreux normal.

(1) Voir l'observation complète : MM. RABÉ et REY, *Bull. de la Soc. anatomique*, mai 1897.

EXAMEN MICROSCOPIQUE (1). — 1^{re} Série de coupes. — Petit polype faisant saillie à travers le col utérin.

Il est constitué par des cellules musculaires groupées en faisceaux entre lesquelles s'étalent de larges bandes de tissu fibreux adulte qui enserrent ces cellules. Sur les trois quarts de la coupe, ce tissu l'emporte de beaucoup sur l'élément musculaire.

Tel est l'aspect général de la coupe, mais en deux points on remarque la présence de cellules rondes ou ovalaires, pressées les unes contre les autres, sans ordre. Ces cellules occupent la cavité de deux vaisseaux dont on reconnaît la paroi musculaire bien colorée dans ses noyaux. La cavité est ainsi comblée par des cellules spéciales. A un fort grossissement, on voit qu'il s'agit de cellules rondes ou un peu elliptiques, ayant un ou deux noyaux. Sur un des vaisseaux, cette néoplasie a détruit la paroi vasculaire et on voit ces cellules qui fusent à la périphérie dans le tissu avoisinant.

2^e Série de coupes. — Prises au niveau de la portion ramollie, dégénérée, du fibromyome.

a). — *Partie périphérique.* — La coupe montre sur un de ses bords une capsule constituée par du tissu musculaire et au-dessus le fibromyome avec sa disposition ordinaire ; puis, en s'avancant vers le centre, on aperçoit de larges plaques formées par des cellules rondes encerclées par du tissu fibreux qui les sépare en groupes. Cette dégénérescence occupe les trois quarts de la coupe. En son milieu on remarque plusieurs cavités dont le centre est vide et dont la périphérie est constituée par des cellules dont on reconnaît la forme, mais dont le noyau ne prend pas les matières colorantes. Avec le fort grossissement, ces cellules se montrent pressées les unes contre les autres, sans ordre ; elles sont constituées par un noyau entouré d'une toute petite zone de protoplasma. Leur forme est ronde pour la plupart, quelquefois irrégulière, polygonale. Elles ont toute l'apparence de formations sarcomateuses.

b). — *Partie centrale.* — Partout on retrouve du tissu fibromyomateux, mais sur plusieurs points, et particulièrement au centre, on voit des zones d'infiltration néoplasique identiques à celles de la coupe précédente.

3^e Série de coupes. — Sur un des bords, s'étend une bande de tissu musculaire avec des faisceaux conjonctifs intercalés, qui représente la capsule. Au-dessous, la préparation montre du tissu fibromyomateux et dans ce tissu s'insinuent des petits ilots ou des bandes des mêmes cel-

(1) Nous devons cette tumeur à l'obligeance de M. Rey, externe des hôpitaux.

lulés rondes groupées sans ordre, quelquefois polyédriques, que nous avons décrites.

Quand on étudie avec de forts grossissements les placards les plus petits, ils se présentent ronds, ovalaires, avec un peu de tissu fibreux autour : ils ont toute l'apparence d'une lumière vasculaire comblée par transformation néoplasique. Ceci se montre surtout au niveau d'un vaisseau dont la préparation permet de voir la coupe longitudinale ; une partie de la paroi est normale, tandis que par l'autre extrémité ce vaisseau se divise en deux et ces divisions sont remplies et entourées de cellules sarcomateuses. *L'origine vasculaire est évidente en ce point.* Ce n'est pas d'ailleurs le seul point de la coupe où nous ayons pu retrouver des figures semblables ; en la parcourant il est possible d'en mettre sous le champ du microscope plusieurs autres absolument comparables.

Au centre de la préparation, les cellules sarcomateuses se groupent en îlots séparés par des bandes fibreuses et donnant à ces portions l'aspect que l'on a décrit sous le nom de sarcome aréolaire.

4^e *Série de coupes.* — Au niveau de la muqueuse utérine. Elles ne présentent rien de particulier à noter.

La description de la dégénérescence sarcomateuse des fibromyomes utérins ressort des observations que nous venons de donner ; elle ne présente d'ailleurs rien de particulier. On note en effet le même aspect que dans la plupart des sarcomes et on retrouve assez souvent la formation de cavités pseudo-kystiques dues à une nécrose par oblitération vasculaire ; quelquefois ces kystes ont un contenu hémorrhagique.

Nous n'insisterons pas non plus, ainsi que nous l'avons dit, sur l'interprétation de cette dégénérescence ; mais nous tenons, en terminant, à protester encore contre quelques-unes des affirmations de MM. Paviot et Bérard.

Ces auteurs, niant l'origine endothéliale vasculaire de cette transformation, ajoutent ceci : « Ce processus, peut-être séduisant comme idée spéculative, nous paraissait déjà peu vraisemblable avant tout contrôle direct par l'examen des fibromyomes devenus malins que nous avons à notre disposition. Lorsque nous cherchâmes à le retrouver au microscope sur les coupes elles-mêmes, nous ne vîmes ni orientation nette des produc-

tions malignes autour des vaisseaux, ni formations nettes endo- ou péri-vasculaires attribuables à l'endothélium. Enfin le travail d'oblitération vasculaire qui aboutirait à la formation des kystes nous a toujours échappé. »

Eh bien, ici encore nous devons contredire absolument MM. Paviot et Bérard ; en effet, en examinant la figure qui se rapporte à notre première observation de sarcome, on verra clairement et de façon non douteuse, nous l'espérons, sur l'espace relativement minime d'un dessin microscopique, et l'*orientation nette autour des vaisseaux* et les *formations endo et péri-vasculaires*, et même l'*oblitération vasculaire*. Quant à la production des kystes qui leur a échappé, nous l'avons observée dans nos deux cas ; par conséquent il ne nous semble pas possible de la mettre en doute.

Nous concluons de ceci que, si nous pouvions nous baser sur deux cas seulement pour interpréter l'origine de la dégénérescence sarcomateuse, nous serions obligés d'adopter la théorie de l'origine vasculaire endothéliale, soutenue en France par M. Pilliet.

Nous apportons en tous cas des faits nouveaux confirmant cette opinion, qui n'est peut-être pas exclusive, mais qui ne nous paraît point douteuse, et qui nous semble mériter mieux que le nom de « conception spéculative, n'ayant jamais reçu la confirmation des histologistes », qu'on veut bien lui donner.

CHAPITRE III

Du rôle des vaisseaux dans l'évolution des fibromyomes de l'utérus et de leurs dégénérescences.

S'il est un point qui ait dû nous frapper dans l'étude histologique que nous venons de faire, aussi bien du fibromyome normal que de ses dégénérescences, c'est certainement le rôle considérable que jouent les vaisseaux sanguins. Nous les voyons, en effet, présider à la formation et à l'évolution tout entière, normale ou anormale, de ces tumeurs. Aussi, avons-nous pensé qu'il serait utile de résumer dans un chapitre d'ensemble les particularités relatives à ce sujet.

Nous savons que le fibromyome utérin se développe autour des petits vaisseaux et des capillaires, par « néo-formation de cellules embryonnaires dans l'adventice ». Que se passe-t-il lorsque, sous une influence quelconque, il y a ralentissement dans l'apport sanguin, soit par suite de la diminution de l'activité circulatoire, soit par suite de la diminution du nombre des vaisseaux ?

Plusieurs transformations sont possibles.

Dans certains cas, on observera la dégénérescence fibreuse, qui est fréquente à la ménopause et frappe alors en général le fibromyome entier, mais qui peut exister également en des points localisés, dans l'intérieur de fibromyomes jeunes en voie d'évolution.

Parfois, on aura la formation de la dégénérescence calcaire, au milieu de laquelle on n'observe plus de vaisseaux.

Dans d'autres circonstances, on assistera à l'apparition d'une véritable *nécrose*, qui peut se produire de différentes manières.

Nous l'avons notée au cours de la dégénérescence fibreuse,

lorsque les vaisseaux, atteints eux-mêmes par le processus, et enserrés dans le tissu conjonctif, disparaissent ; la nutrition des portions ainsi privées de tout apport sanguin devient impossible, il y a mortification et formation de cavités nécrobiotiques que nous avons signalées.

Nous l'avons vue encore au cours de la dégénérescence sarcomateuse, lorsque la lumière des vaisseaux est le siège de productions néoplasiques qui l'obstruent, déterminant ainsi l'arrêt de la circulation en ces points et la formation de cavités de même nature que les précédentes.

Enfin, nous l'avons observée dans deux cas où elle était généralisée à la presque totalité du fibromyome et se montrait à sa période de début. Dans aucune de ces tumeurs nous n'avons trouvé de cause de compression visible extérieurement ; elles n'étaient point pédiculées et l'utérus qui les portait n'avait point subi de torsion sur son axe. Dans l'une d'elles, la nécrose était due vraisemblablement à l'oblitération des vaisseaux par des caillots qui, sur plusieurs coupes, montraient un commencement d'organisation, témoignage non douteux de leur ancienneté ; dans l'autre, elle coexistait avec une disparition presque complète des vaisseaux, dont la cause nous a échappé. Voici d'ailleurs ces deux observations :

OBSERVATION 34.

Nécrose généralisée. — Oblitération vasculaire par caillots organisés.

Mme F..., âgée de 43 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 24 février 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Antécédents héréditaires. — Père mort de méningite tuberculeuse ; mère morte de cancer d'estomac.

Antécédents personnels. — Enfance bonne jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque, la malade a eu des abcès ganglionnaires multiples au cou et aux aines, et de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude gauche, dont elle a guéri au prix de l'ankylose de cette articulation.

Menstruation à 15 ans : règles régulières et normales.

A 21 ans, rhumatisme articulaire, sans autres localisations et sans récurrence. Pas d'autre maladie.

Il y a 18 mois environ, les règles sont devenues un peu plus abondantes qu'à l'ordinaire, mais sans douleurs.

Il y a un mois seulement, crise violente de douleurs dans le bas-ventre, accompagnée de pertes très abondantes. Les métrorrhagies n'ont pas cessé depuis cette époque.

Pas de troubles de compression. Etat général bon. Urines normales.

Examen clinique, le 26 février 1897. — Par le palper, on sent une tumeur assez dure, peu douloureuse, mobile latéralement, remontant jusqu'à l'ombilic et remplissant les deux fosses iliaques. A droite, on sent une petite tumeur dure, de la grosseur d'une orange environ, très mobile, annexée à la tumeur principale. Par le toucher vaginal, on trouve le col repoussé en arrière, dans le cul-de-sac postérieur qui est libre. Le cul-de-sac antérieur et les culs-de-sac latéraux sont remplis par une masse dure, lisse, pas douloureuse à la pression.

La tumeur est facilement mobilisable entre les deux mains situées l'une dans le vagin, l'autre sur la paroi abdominale, et donne la sensation d'une tête de fœtus.

Diagnostic : Fibromyome utérin.

Opération, le 1^{er} mars 1897. — Hystérectomie abdomino-vaginale, procédé du Dr Le Bec. Pas d'incidents.

Suites opératoires excellentes : sortie le 21 mars 1897.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Fibromyome développé aux dépens de la face antérieure et du fond de l'utérus, du poids de 1 k. 520, arrondi, lisse, rosé. Il porte à droite, au niveau de la corne utérine, adhérent à la masse principale par un mince pédicule, un petit fibrome de la grosseur d'une orange. Ovaires sains.

Sur une coupe antéro-postérieure médiane, on aperçoit une coque d'enveloppe dont l'épaisseur assez grande à la partie moyenne (3 cent.) diminue à mesure qu'on remonte vers le pôle supérieur de la tumeur (1 cent.), et qui contient inclus en elle plusieurs petits fibromes durs, nacrés à la coupe, de la grosseur d'une noix et d'une noisette. Cette coque est séparée de la masse principale par un tissu plus lâche, où l'on observe en certains points de véritables cavités pseudo-kystiques aplaties contenant une substance brunâtre analogue à des caillots sanguins. Ces dilatations sont limitées par un tissu plus dense qui part de la capsule d'enveloppe et vient se perdre dans la tumeur proprement dite.

Celle-ci offre sur la coupe une apparence charnue ; elle est rougeâtre, comme du muscle ; sa consistance est très molle, et elle paraît infiltrée d'une légère quantité de liquide clair, jaunâtre.

Le fibromyome pédiculé annexé à la masse principale n'offre rien de particulier.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Coloration à l'hématoxyline-éosine.

1^{re} Série de coupes. — Au niveau de la capsule.

Elles sont constituées par des faisceaux de fibres musculaires entre lesquels sont interposées des bandes de tissu conjonctif avec des vaisseaux de tout calibre. Elles ne présentent rien de particulier à signaler.

2^e Série de coupes. — Elles portent sur une certaine épaisseur de la capsule et sur une cavité kystique située entre celle-ci et la tumeur.

Au fur et à mesure qu'on s'approche de la cavité, on remarque que les fibres musculaires se tassent les unes contre les autres en séries parallèles ; dans leur intervalle on voit quelques vaisseaux adultes, à parois nettes. Plus en dedans, les cellules musculaires forment comme des couches superposées assez minces, entre lesquelles sont interposés des noyaux ronds. A ce niveau, on trouve des vaisseaux réduits à leur paroi endothéliale et remplis de sang. Enfin, plus en dedans encore, on ne voit plus qu'un tissu constitué par des faisceaux assez épais, colorés par l'éosine, entre lesquels se trouvent perdus quelques noyaux ronds ; dans ce tissu, on note la présence de vaisseaux jeunes et très dilatés, remplis de sang ; de plus, on voit des amas de globules rouges qui se sont infiltrés dans l'interstice même des fibrilles. Celles-ci s'éparpillent en un feutrage élégant pour constituer la paroi de la cavité signalée plus haut.

3^e Série de coupes. — Elles intéressent la partie centrale de la tumeur. En quelques points très rares, on retrouve des faisceaux de tissu myomateux, mais sur presque toute l'étendue, le tissu a une apparence toute particulière.

Dans un des angles, on y voit un nombre considérable de tout petits vaisseaux néoformés, et tout autour un tissu infiltré qui rappelle ce que nous avons décrit dans les cas précédents.

Sur les trois quarts de la surface, au contraire, on ne voit plus de tissu myomateux à texture nette ; c'est soit une substance d'apparence fibrillaire, mal teintée en rose par l'éosine, avec de très rares noyaux épars, soit des faisceaux roses, mieux dessinés, onduleux. Sur toute cette étendue, on note de très larges vaisseaux entièrement remplis de sang, à parois jeunes, et tout autour le tissu fibrillaire est dissocié par l'irruption interstitielle de globules rouges mêlés à quelques globules blancs.

En pleine substance d'aspect nécrosé, mal coloré, on trouve deux larges vaisseaux à parois musculaires, comblés par un caillot ; au mi-

lieu de ce dernier, on voit des travées de fibrine enserrant des globules rouges. Le long de la paroi, les cellules endothéliales se redressent, et tendent à remonter le long de ces travées fibrineuses. Il semble bien que le caillot date d'un certain temps, et qu'il ait subi un commencement d'organisation.

En résumé, ces coupes se différencient nettement de celles des fibromyomes simplement œdémateux par la présence de larges placards de tissu très mal coloré, sans noyaux visibles, qui se comportent vis-à-vis de l'hématoxyline-éosine comme des placards de nécrose. Celle-ci est très préalablement en rapport avec une oblitération vasculaire.

4^e Série de coupes. Au niveau de la muqueuse utérine. — Cette dernière a une épaisseur plus considérable qu'à l'état normal, et les cul-de-sac glandulaires sont multipliés et dilatés. En dehors, on trouve des fibres musculaires sans caractère particulier, puis la tumeur, avec le même aspect que nous avons déjà décrit.

OBSERVATION 33.

Nécrose généralisée.

Mme R..., âgée de 44 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 20 décembre 1897, dans le service du Dr Le Bec.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Menstruation à 12 ans 1/2 ; règles toujours régulières.

Mariée à 30 ans ; une seule grossesse à 34 ans ; pas de suites de couches.

Depuis un an, la malade se plaint de métrorrhagies assez abondantes survenant au moment des règles, qui durent parfois 15 jours, et deviennent irrégulières. En même temps, le ventre a légèrement grossi ; les jambes enflent un peu le soir, et il survient de la constipation avec un peu de pesanteur dans le bas-ventre. Il y a quelquefois un peu de douleur, surtout à l'époque des règles.

Les métrorrhagies ont persisté sans grand changement jusqu'à maintenant. Ce sont elles qui décident la malade à entrer à l'hôpital. Jamais il n'y a eu de leucorrhée.

Examen clinique, le 21 décembre. — Palpation : Tumeur dure, de forme un peu irrégulière, plus développée à droite qu'à gauche, remontant à l'ombilic ; mobile en tous sens ; un peu douloureuse à la pression.

Toucher vaginal : Col à peine accessible, atrophié. La tumeur très élevée remonte au-dessus du petit bassin ; on la sent au fond du cul-de-sac antérieur.

Diagnostic : Fibrome utérin,

Opération, le 10 janvier 1898. — Hystérectomie abdomino-vaginale par le procédé du Dr Le Bec ; pas d'incidents.

Guérison. La malade sort le 13 février.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR. — Celle-ci a une forme ovoïde, à grand axe vertical : elle est composée de deux fibromyomes, l'un du volume d'une tête de fœtus, l'autre du volume d'une orange et développés le premier en avant, le second en arrière de la cavité utérine qui est intermédiaire entre ces deux portions.

Le poids total est de 1550 grammes.

Sur la coupe, les deux fibromyomes sont nettement encapsulés et ont une apparence identique : ils sont rougeâtres, charnus, ne paraissent infiltrés par aucun liquide ni séreux ni sanguin.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — 1^{re} Série de coupes. — Prises au niveau de la capsule.

Celle-ci est constituée par des faisceaux de cellules musculaires coupées dans les deux sens ; entre elles, s'étalent des bandes de tissu conjonctif où l'on voit quelques vaisseaux ; en plusieurs points, les fibres de ce tissu s'écartent pour laisser entre elles quelques cellules conjonctives allongées.

2^e Série de coupes. — Elles comprennent la périphérie de la tumeur avec une portion de capsule adjacente.

La partie correspondant à la capsule renferme le même tissu fibromyomateux que dans la 1^{re} série de coupes. En avançant vers la tumeur proprement dite, on voit que les noyaux des cellules se colorent de plus en plus mal, et finalement il ne se fait plus aucune coloration nucléaire. La coupe, sur presque toute son étendue, est ainsi occupée par un tissu coloré simplement en rose par l'éosine, et dont la texture rappelle absolument le groupement spécial des fibres musculaires précédentes. Ces points se comportent comme un tissu nécrosé.

3^e Série de coupes. — Prises en pleine tumeur.

Elles montrent le même tissu nécrosé qu'on vient de décrire ; par endroits on reconnaît encore des placards du tissu fibromyomateux qui ont échappé au processus. On reconnaît l'apparence de quelques vaisseaux, au milieu des points nécrosés, à leur lumière qui est libre, mais on ne distingue aucun noyau coloré dans leur paroi qui se confond avec la masse rosée environnante.

Ces lésions ne sont pas les seules que produisent la diminution ou l'arrêt de la circulation dans les fibromyomes. Dans certains cas de torsion soit du pédicule, soit de l'axe de la tumeur, on observe une véritable *apoplexie* dans son intérieur. Des

exemples de ce genre ont été étudiés récemment par Mermet (1), par Pilliet et Delaunay (2), par Péan et par Walther (3). Ces fibromyomes se manifestent à l'œil nu par une coloration rougeâtre ou jambonnée toute spéciale qui leur donne une apparence charnue, et dans leur intérieur, se détachent des points d'extravasation sanguine plus foncés, qui constituent de véritables infarctus, diffus, à contours mal définis, mais reconnaissables à leur teinte lie de vin ou parfois truffée ; ces points sont surtout abondants à la périphérie de la tumeur. Au microscope, on observe « la dissociation des éléments fibromyomateux par l'hémorrhagie, la stase et la thrombose veineuse, le faible calibre des artères, et au voisinage des nappes hémorrhagiques, la réplétion lymphatique avec diapédèse des leucocytes ».

Nous venons de voir un certain nombre de transformations des fibromyomes liées à la diminution du nombre des vaisseaux et au ralentissement ou à l'arrêt de la circulation. Parfois au contraire, celle-ci est augmentée, et on assiste à une véritable floraison de vaisseaux embryonnaires, constitués par une seule couche de cellules endothéliales. Cet aspect est constant dans les fibromyomes atteints de dégénérescence œdémateuse, et il semble bien qu'il y ait des rapports étroits entre l'œdème et l'existence de ces vaisseaux.

De même, dans la dégénérescence sarcomateuse, il y a toujours, au début, une augmentation considérable du nombre des capillaires et de leurs pointes d'accroissement.

Toutefois, c'est dans les tumeurs dites *télangiectasiques*, que l'on observe le maximum d'augmentation du nombre et du volume des vaisseaux. Nous avons eu l'occasion d'en examiner un beau cas, publié d'ailleurs par M. Mermet (4), qui nous en avait

(1) MERMET, Fibromyome utérin sous-péritonéal. Torsion du pédicule. *Bulletins Soc. anatomique*, juin et décembre 1896.

(2) PILLIET ET DELAUNAY, Fibrome utérin à pédicule tordu. *Bull. Soc. anat.*, juillet 1897.

(3) In thèse de PLANQUE, *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins*, Paris, 1897.

(4) MERMET, Structure histologique d'un fibromyome utérin télangiectasique. Evolution sarcomateuse. *Bull. Société anatomique*, décembre 1896.

remis quelques coupes. Il s'agissait « d'une tumeur éminemment maligne, en voie d'évolution toujours croissante, dangereuse par sa richesse en éléments jeunes et par son abondance en vaisseaux, d'une véritable tumeur érectile du muscle utérin ».

En résumé, il résulte de ce que nous venons de dire, que parmi les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus, les unes s'accompagnent d'une diminution constante de la circulation sanguine : elles ont une évolution que nous appellerons régressive ; les autres, au contraire, s'accompagnent d'une augmentation constante de la circulation sanguine : elles ont une évolution que nous appellerons progressive. Tel est le point, sur lequel nous voulions insister en terminant.

DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE.

Nous n'avons point l'intention de faire ici l'histoire clinique complète des dégénérescences des fibromyomes de l'utérus ; une telle étude serait au-dessus de nos forces et dépasserait d'ailleurs de beaucoup le cadre de notre travail. Nous voulons simplement exposer quelques caractères qui nous paraissent ressortir de nos observations, soit à propos de la symptomatologie et du diagnostic, soit à propos de la marche et de l'évolution des fibromyomes dégénérés.

Evidemment ces caractères doivent être différents pour chacune des dégénérescences que nous avons décrites, surtout pour les deux dernières ; nous les indiquerons donc séparément.

§ 1. — Dégénérescences fibreuse et calcaire.

Les fibromyomes atteints de ces dégénérescences se rencontrent, nous le savons, de préférence chez les femmes âgées ; en général, et cela dérive de leur constitution histologique, ils ne s'accroissent plus et ont plutôt une tendance à diminuer de volume.

Leur symptomatologie et leur diagnostic ne présentent rien de particulier à noter que leur dureté toute spéciale, appréciable surtout dans les tumeurs calcifiées.

Ces dernières sont, en outre, sujettes à une complication rare, il est vrai, mais observée dès l'antiquité, et que nous devons signaler. La compression qu'elles exercent sur les tissus avoisinants peut déterminer la mortification de ceux-ci et l'élimination des parties calcifiées par les voies naturelles ; ainsi s'expli-

quent les « pierres de la matrice » expulsées spontanément par le vagin et décrites déjà par Hippocrate ; ainsi s'expliquent également les « pierres du rectum » dont Duret (1) publia un cas il y a quelques années.

A la suite de l'élimination de ces masses calcaires par ce procédé naturel mais peu chirurgical, on a noté des fistules utéro-rectales, recto-vaginales, ou encore vésico-vaginales, souvent très étendues.

Ces tumeurs ont une marche lente, souvent régressive ; leur pronostic est bénin, et il est assez fréquent de les trouver aux autopsies de femmes âgées, mortes par une tout autre cause, et chez lesquelles on les avait à peine soupçonnées. L'indication opératoire est posée surtout par le fait des hémorrhagies ou des compressions abdominales devenues incompatibles avec la vie ou déterminant des accidents graves analogues à ceux que nous avons observés (obs. 8).

§ 2. — Dégénérescence œdémateuse.

Dans l'étude histologique que nous avons faite des fibromyomes atteints de dégénérescence œdémateuse, nous avons identifié deux ordres de tumeurs qui, au point de vue clinique, paraissent très dissemblables.

Les unes ne renferment que quelques points ramollis isolés en leur intérieur et ne donnent lieu à aucun symptôme particulier qui les distingue des fibromyomes normaux : la dégénérescence qu'on y remarque est une découverte de laboratoire. Peut-être la lésion est-elle susceptible de se généraliser, à un moment donné, à toute l'étendue de la tumeur ; en tous cas, nous l'ignorons et nous n'insisterons pas à ce sujet.

Les autres montrent au contraire la plus grande partie de leur tissu atteinte par le processus ; ce sont les véritables fibromyomes œdémateux, les fibromyomes à géodes, les fibromyo-

(1) DURET, *Journ. des sc. médicales de Lille*, 1892.

mes kystiques ; ils ont des caractères propres et une évolution spéciale qui permettent très souvent d'en faire le diagnostic, ainsi qu'on l'a vu dans nos observations (obs. 11, 13, 16, 17, 31).

Au début, ils ne donnent point lieu d'ordinaire à des symptômes particuliers qui puissent les faire distinguer facilement. Peut-être cependant les métrorrhagies sont-elles plus abondantes, les douleurs au moment des règles plus vives, les phénomènes gastriques (vomissements glaireux, nausées, etc.) plus accentués, au point de simuler le début d'une grossesse ; mais ces signes sont tellement variables et inconstants qu'on ne saurait s'appuyer sur eux.

Ce n'est réellement qu'à la période d'état, lorsque la dégénérescence est en pleine voie d'évolution, qu'on peut la reconnaître ; elle donne lieu alors à deux caractères très nets, qui sont :

1° *L'accroissement rapide de la tumeur ;*

2° *Son ramollissement.*

Le premier de ces caractères n'est pas absolu ; on ne l'observe pas dans tous les cas ; mais il existe néanmoins avec une fréquence assez grande pour qu'on puisse lui donner une place à part dans la symptomatologie des fibromyomes œdémateux. Les conséquences qui en résultent sont faciles à comprendre : il se développe des troubles de compression de même ordre que ceux qu'on remarque à la suite des gros fibromyomes normaux, mais qui empruntent un caractère de gravité spécial à la rapidité avec laquelle ils se sont produits : nous allons y revenir.

Le second caractère que nous avons donné, le ramollissement de la tumeur, est constant, pourvu que cette dernière ait un volume suffisant et que la dégénérescence ait atteint déjà un certain degré. Il est appréciable facilement par la palpation dans les cas ordinaires ; ce n'est guère que chez les femmes grasses, à parois abdominales épaisses, que l'on ne peut le percevoir. Ce ramollissement donne à la main qui le cherche une

sensation toute particulière : c'est une sorte de rénitence, de fausse fluctuation. Rarement on observe une fluctuation véritable : il faut pour cela qu'il existe une cavité kystique d'un certain volume. Signalons encore un point important : c'est l'existence, à côté de portions ramollies, de parties plus dures parfois assez étendues, et qui donnent à la masse du néoplasme le cachet d'une tumeur solide.

Les autres symptômes sont analogues à ceux de la première période : troubles de la menstruation, douleurs ; ils n'ont rien de caractéristique.

On a signalé dans certains cas de l'ascite (th. Le Bec) ; nous ne l'avons jamais observée, du moins dans la dégénérescence œdémateuse, et nous croyons qu'elle se rapporte aux fibromyomes sarcomateux.

Pé a n a trouvé la plupart du temps, à l'auscultation, un bruit de souffle vasculaire intense, dont le maximum était au pubis : nous n'avons noté ce signe qu'une seule fois (obs. 41).

Les complications des fibromyomes œdémateux sont la conséquence de leur accroissement rapide : ce sont des phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum, du côté des uretères et des gros vaisseaux de l'abdomen, enfin, du côté des organes de l'appareil digestif.

Les premiers sont peu graves ; ils se réduisent ordinairement à une légère pollakyurie et à une constipation contre laquelle on lutte facilement ; nous sommes peu disposés à croire que celle-ci peut être suffisante pour déterminer, par résorption des matières excrémentitielles, la toxémie, dont parle Barnes (1). Cependant le fait est possible, et les recherches récentes sur les ptomaïnes et les leucomaïnes nous interdisent de le nier.

La compression des uretères est beaucoup plus grave, parce qu'elle détermine dans le rein l'apparition de lésions qui sont souvent peu appréciables cliniquement, mais qui se manifestent quelquefois brusquement après l'opération, lorsque se

(1) BARNES, *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. franç. de CORDÈS, Paris, 1876.

produit l'irritation due à l'élimination du chloroforme. C'est ainsi qu'on peut expliquer ces morts par urémie qui ne sont point rares après l'ablation des fibromyomes œdémateux, et que ni l'examen minutieux des malades, ni l'analyse des urines n'avaient pu faire prévoir.

La compression des gros vaisseaux de l'abdomen retentit de son côté sur le cœur, par suite de l'augmentation de pression qui se produit dans cet organe ; on observe alors de la dilatation ventriculaire, et au bout d'un certain temps, de la dégénérescence graisseuse du myocarde. Ces lésions se traduisent quelquefois par des signes assez nets : faiblesse des battements du cœur, assourdissement des bruits cardiaques, essoufflement. Mais il est plus fréquent de n'observer aucun symptôme ; les lésions sont encore à leur début, elles ne se révèlent qu'après l'opération, par le fait de la chloroformisation.

Enfin, la compression des organes de l'appareil digestif, intestin et estomac, détermine des troubles dyspeptiques qui vont en s'accroissant à mesure que la tumeur grossit. C'est d'abord une simple difficulté de la digestion, puis de l'anorexie, puis des vomissements. Chez quelques malades ces accidents sont l'origine d'une sorte de cachexie qu'on serait tenté d'attribuer à la malignité de la tumeur, et qui ne sont imputables qu'au seul fait de sa présence ou de son volume.

Il nous reste à noter quelques troubles nerveux assez fréquents, tels que des accès de suffocation survenant sans cause appréciable, des battements de cœur, alors que celui-ci est, ou paraît sain, de l'insensibilité pharyngienne et conjonctivale, et quelquefois même, mais plus rarement, de l'hémi-anesthésie. Ces faits ont été bien étudiés par Guépin (1).

Evidemment, tous les accidents que nous venons d'énumérer ne sont pas l'apanage exclusif des fibromyomes œdémateux ; on les observe dans tous les fibromyomes même normaux, qui ont acquis un certain volume. Mais il est facile de comprendre

(1) GUÉPIN, *Tribune médicale*, Paris, 1892, p. 656-659.

qu'en raison de l'accroissement rapide de la tumeur, ils seront d'autant plus graves qu'ils ne donneront pas aux organes qu'ils atteignent le temps de subir l'accoutumance nécessaire. Voilà pourquoi les fibromyomes œdémateux présentent quelquefois une *apparence* de malignité qui n'a point échappé aux chirurgiens.

De ce que nous venons de dire, il résulte que le *diagnostic* de ces tumeurs ne semble pas impossible. En effet, lorsque l'on trouve tous les caractères que nous avons indiqués, on peut affirmer la dégénérescence, et même la préciser ; mais nous savons combien ces caractères sont inconstants et sujets à erreur. Heureusement, la *rigueur absolue du diagnostic n'est pas indispensable* (Le Bec) ; le chirurgien, à l'heure actuelle, est aussi bien préparé à l'ablation d'une tumeur solide que d'une tumeur liquide.

Ce qu'il importe d'établir, c'est le moment de l'opération ; en 1873, Péan et Urdy (1) insistaient déjà sur ce point en disant que le but auquel doit tendre le diagnostic « n'est pas tout de savoir si la tumeur est utérine ou ovarienne, mais si elle est opérable ».

Toutefois, nous essayerons d'aller plus loin, et de donner un aperçu des signes différentiels qui permettent de distinguer les fibromyomes œdémateux des tumeurs abdominales qui leur ressemblent. Nous éliminons dès maintenant la *grossesse, simple ou extra-utérine*, qui présente en général des caractères propres assez nets pour empêcher toute erreur, et nous parlerons seulement du diagnostic avec les kystes de l'ovaire et les sarcomes de l'utérus.

1° Kystes de l'ovaire. — Lorsqu'on peut suivre l'évolution de l'affection, et qu'on reconnaît une tumeur d'abord assez dure, qui se ramollit petit à petit, puis devient fluctuante, l'hésitation n'est pas de longue durée ; malheureusement il en est rarement ainsi, et c'est le plus souvent au cours de la période d'état que

(1) PÉAN et URDY, *Hystérotomie*, 1873.

le chirurgien est appelé. Quels sont donc les signes sur lesquels il pourra s'appuyer ?

Kœberlé en donne plusieurs qui n'ont pas, à l'exception du dernier, une bien grande valeur :

1^o Le facies est plus coloré et injecté dans les tumeurs fibrokystiques que dans les tumeurs ovariennes.

2^o La ponction démontre en leur intérieur la présence de parties dures et molles, et donne issue à un liquide jaunâtre contenant quelquefois des paillettes de cholestérine ou du sang.

3^o La consistance est plus dure.

4^o Les connexions de la tumeur sont intimes avec l'utérus.

Pour procéder avec ordre, il faut, à notre avis, reprendre les caractères que nous avons assignés aux fibromyomes œdémateux ou kystiques, et les comparer avec ceux des kystes de l'ovaire. Parmi ces caractères, trois surtout nous semblent avoir une importance réelle pour le diagnostic ; ce sont : les troubles de la menstruation, — les connexions de la tumeur avec l'utérus, — les résultats de l'hystérométrie.

Nous avons vu que les hémorrhagies utérines sont le propre des fibromyomes ; elles sont rares dans les kystes de l'ovaire.

De plus, la mobilité des tumeurs utérines est bien moins facile et moins étendue que celle des tumeurs ovariennes ; évidemment celles-ci n'ont point avec l'utérus de connexions intimes, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par le palper abdominal combiné au toucher vaginal ; les premières, au contraire, font corps avec l'utérus.

Enfin, l'hystérométrie démontre presque toujours l'allongement de la cavité de l'utérus dans le cas de tumeurs de cet organe ; les kystes de l'ovaire n'ont point cet effet.

Les caractères fournis par la palpation nous semblent moins certains. Nous avons dit que dans les fibromyomes œdémateux, on observait surtout de la rénitence, de la pseudo-fluctuation ; la fluctuation véritable existe seulement dans les tumeurs fibrokystiques, lorsqu'il y a une grande cavité ; enfin on trouve souvent, à côté des points ramollis ou fluctuants des

portions dures qui paraissent bien appartenir à des tumeurs solides. Mais, si les kystes de l'ovaire uniloculaires, ou plutôt pauciloculaires, avec grande poche, offrent une fluctuation nette, il n'est point rare que celle-ci fasse défaut : par exemple, dans le cas de kyste multiloculaire à petites poches, ou dans le cas de kyste à contenu colloïde. La sensation que le doigt perçoit alors est analogue à celle que donnent les fibromyomes œdémateux.

La ponction exploratrice ne donne point non plus des renseignements sur lesquels on puisse toujours s'appuyer ; dans les fibromyomes elle est souvent sans effet, lorsque l'on tombe par exemple dans des masses gélatineuses ; ou bien elle donne issue à un liquide hémorrhagique ; ou enfin elle démontre la présence d'un liquide séreux, albumineux, analogue à celui des kystes de l'ovaire.

Il nous reste à parler du dernier caractère des fibromyomes œdémateux, celui qui se rapporte à leur évolution et à leur accroissement rapide. Il n'appartient pas aux kystes de l'ovaire ; il sera d'une utilité incontestable chaque fois qu'on l'observera, mais comme il n'est pas constant, on ne peut en faire un signe certain de diagnostic.

On voit, en somme, qu'il est souvent assez difficile de distinguer des fibromyomes atteints de dégénérescence œdémateuse des kystes de l'ovaire. L'examen isolé des symptômes propres à ces deux ordres de tumeurs ne donne pas, dans la plupart des cas, des renseignements suffisants : c'est à l'ensemble des caractères observés qu'il faut alors s'adresser.

2° Fibro-sarcomes de l'utérus. — Le diagnostic différentiel des néoplasmes que nous étudions avec les fibro-sarcomes de l'utérus est encore plus difficile que le précédent. On note, en effet, dans les deux cas, les mêmes troubles de la menstruation, les douleurs, le ramollissement appréciable au palper, l'allongement de la cavité utérine, de sorte que la distinction, évidemment impossible tout au début de l'affection, l'est encore le plus souvent à sa période d'état. Cependant, à ce moment, on remar-

que parfois dans les fibrosarcomes deux signes importants : l'apparition de l'ascite et le développement du réseau veineux sous-cutané de la paroi abdominale.

Ce n'est qu'au cours de l'opération, lorsque le ventre est ouvert, que le diagnostic devient plus facile ; les fibrosarcomes ont, en effet, une couleur rougeâtre, foncée, ils sont couverts de grosses veines qui rampent à leur surface ; ils présentent parfois des bourgeonnements sarcomateux caractéristiques ; enfin, la ponction de la tumeur donne presque toujours issue à du sang.

Ces caractères se trouvent rarement dans les fibromyomes œdémateux ; si l'on observe quelquefois des dilatations veineuses à la surface de ces derniers, elles sont isolées, et ne donnent point à la masse l'apparence rougeâtre d'une tumeur vasculaire, au même degré que le sarcome ; de plus, en même temps que les dilatations veineuses, on voit souvent des dilatations lymphatiques qui n'existent point dans le sarcome ; enfin, la ponction, lorsqu'elle donne un résultat positif, démontre la présence d'un liquide séreux dans la plupart des cas ; sur 22 observations, nous n'avons trouvé qu'une seule fois une cavité hémorrhagique à l'intérieur des fibromyomes œdémateux.

A la troisième période du fibrosarcome, le diagnostic devient facile ; l'envahissement de tout le bassin par la tumeur, son irrégularité, les métastases qui l'accompagnent quelquefois, la cachexie enfin, sont des signes suffisamment nets. Mais, à cette époque, il est inutile, puisque le chirurgien ne peut qu'assister impuissant aux progrès de l'affection.

C'est donc au début qu'il faut reconnaître la nature de la tumeur ; si l'on n'y parvient pas toujours, on peut du moins poser le diagnostic de l'intervention, le plus important au point de vue de l'avenir du malade. Ceci nous amène à dire quelques mots de la marche et du pronostic des fibromyomes atteints de dégénérescence œdémateuse.

Nous avons vu que ces tumeurs offrent un des caractères des tumeurs malignes : la rapidité de l'évolution. Malgré cela, nous

n'hésitons pas à dire qu'elles sont de nature bénigne. En effet, elles ne se propagent jamais aux ganglions, n'envahissent pas les tissus voisins, ne se généralisent pas et ne déterminent pas de métastases dans les organes éloignés, ne récidivent point après l'ablation. Kœberlé a opéré une tumeur fibro-kystique du poids de 30 kilogrammes, bien limitée à l'utérus ; on pourrait citer un certain nombre d'exemples analogues ; ces faits s'expliquent d'ailleurs facilement par les résultats de l'examen microscopique de ces tumeurs. Nous avons nous-mêmes revu, un an et demi après l'opération, deux des opérées de M. Le Bec ; elles étaient en parfait état de guérison et ne se ressentaient aucunement de leur ancienne affection.

Est-ce à dire pour cela que le pronostic soit bénin ? Evidemment non ! Nous avons dit quelles complications graves peuvent apparaître par le fait des fibromyomes œdémateux ; nous n'y reviendrons pas, mais nous croyons que pour ces motifs le pronostic doit toujours être réservé.

Ces mêmes faits, associés à la difficulté du diagnostic précoce d'un néoplasme histologiquement et cliniquement malin, le fibromyome atteint de dégénérescence sarcomateuse, commandent le diagnostic de l'intervention. L'ablation est nécessaire ; elle doit se faire au début de l'affection, dès que la tumeur affecte de prendre une évolution rapide.

Nous terminons ce court aperçu clinique en donnant quelques observations, les unes inédites, les autres peu connues, de fibro-myomes œdémateux et kystiques ; elles serviront encore à appuyer et à justifier ce que nous venons de dire.

OBSERVATION 36. — (Inédite, communiquée par M. le Dr LE BEC, résumée.)

Fibromyome en dégénérescence œdémateuse. — Hystérectomie laparo-vaginale. — Mort par embolie.

Léonie R..., âgée de 27, ans entrée à l'hôpital St-Joseph le 11 décembre 1891.

Réglée à 12 ans, nullipare. Depuis le mois de mai 1891, les règles se prolongent quelquefois 15 jours, et sont très abondantes.

A l'examen, on sent une tumeur développée dans la paroi antérieure de l'utérus, *de consistance molle*, de forme régulière, et remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Opération, le 21 décembre 1891. — Hystérectomie laparo-vaginale. Fibromyome développé aux dépens de la face antérieure et droite de l'utérus. La cavité utérine mesure 11 centimètres. A la coupe, la tumeur présente un aspect gélatineux, elle est toute ramollie. — Mort le 25 décembre.

A L'AUTOPSIE, on trouve la veine iliaque droite tuméfiée, remplie par un caillot phlébitique. Le cœur droit renferme également un caillot qui se prolonge jusque dans l'artère pulmonaire et a très vraisemblablement déterminé la mort.

OBSERVATION 37. — (Inédite, communiquée par M. le Dr LE BEC, résumée.)

Fibromyome œdémateux. — Evolution rapide. — Guérison.

Mme L..., âgée de 49 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 4 mars 1892. Menstruation à 12 ans, règles toujours abondantes. Nullipare.

En 1891 les règles sont devenues plus douloureuses et plus longues que d'ordinaire. Quelques mois après, le ventre a commencé à grossir et s'est développé avec une grande rapidité.

A l'examen, on trouve par le palper une tumeur irrégulière, bosselée, dure par endroits, plus molle en d'autres points, *donnant presque une sensation de fluctuation*, remontant jusqu'au niveau des fausses côtes droites et un peu moins haut à gauche, remplissant les deux hypochondres. Par le toucher vaginal, on sent le col très haut placé derrière le pubis, difficilement accessible : le cul-de-sac postérieur est rempli par la tumeur.

Opération (mars 1892). — Laparotomie. La tumeur a une forme ovoïde, elle est de teinte rosée et extrêmement molle. Les ovaires sont en arrière et sur les côtés. Pensant à une tumeur fibro-kystique, M. Le Bec fait une ponction qui ne donne issue qu'à du sang noir. L'ablation est assez facile. Guérison : la malade sort un mois après l'opération.

Le fibromyome enlevé pèse 2 kil. 650 gr. ; il est développé aux dépens de la face droite et du sommet de l'utérus dont la cavité mesure 12 centimètres. A la coupe, il a une apparence grisâtre ; il est gorgé de liquide et criblé de géodes dont quelques-unes atteignent le volume d'une noisette, et sont pleines de sérosité jaunâtre.

OBSERVATION 38.— (Inédite, communiquée par M.le D^r LE BEC, résumée.)

*Tumeur fibro-kystique. — Hystérectomie laparo-vaginale. —
Mort par insuffisance de cœur. — Schok.*

Mme G..., 56 ans, a eu un seul enfant à 22 ans. L'accouchement fut normal et les suites bonnes. Les règles ont toujours été régulières jusqu'à l'âge de 40 ans ; à cette époque elles deviennent plus abondantes. Un médecin consulté reconnaît un fibrome et conseille d'attendre la ménopause, qui arrive à 50 ans.

A 55 ans les hémorrhagies réapparaissent très fortes, *et le ventre se met à grossir rapidement.* A l'examen, on trouve l'abdomen volumineux, saillant en avant, assez distendu par une tumeur qui occupe les 2 fosses iliaques et remonte presque jusqu'à l'appendice xyphoïde ; *celle-ci est nettement molle presque fluctuante.* Mobilité transversale facile. Par le toucher on ne sent point la tumeur. Hystérométrie : 15 centimètres. Etat général satisfaisant, rien dans les urines, rien au cœur.

Diagnostic : tumeur fibreuse avec un grand kyste.

Opération, le 3 février 1892.— Laparotomie. La tumeur très fluctuante est ponctionnée inutilement. Extraction facile.

Examen de la tumeur. — Elle pèse près de 10 kilogrammes. La cavité utérine mesure 18 centimètres de profondeur, la muqueuse est rouge. La tumeur est constituée par un fibrome renfermant plusieurs gros kystes pleins, les uns d'une substance épaisse jaunâtre, colloïde, les autres de caillots ou d'un liquide séro-sanguin. L'enveloppe est charnue, élastique, épaisse de un centimètre ; les cloisons sont friables.

La malade est morte le 10 février, 7 jours après l'opération, avec des symptômes d'affaiblissement progressif et une oppression pénible coïncidant avec un souffle mitral au cœur, dont les contractions sont faibles et irrégulières.

OBSERVATION 39.— (Inédite, communiquée par M.le D^r LE BEC, résumée.)

*Tumeur fibro-kystique. — Hystérectomie laparo-vaginale. — Mort par
affaiblissement cardiaque.*

Mme L..., de bonne santé habituelle, a été réglée vers 14 ans ; pas d'enfants. En janvier 1893, elle ressent quelques douleurs dans le bas-ventre. Celles-ci surviennent par crises et durent plusieurs jours ; en mars, la malade constate elle-même la présence d'une tumeur. Cette dernière *a grossi rapidement* depuis cette époque, s'accompagnant de

douleurs presque continuelles ; pas de métrorrhagies ni de leucorrhée. Quelques phénomènes de compression : œdème des jambes, constipations, pollakiurie intermittente.

Bon état général.

A l'examen, on trouve par le palper une tumeur volumineuse, remontant sur la ligne médiane et à gauche à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à droite jusque sous les fausses côtes, de consistance ferme, très mobile, un peu douloureuse. Par le toucher, on trouve le col petit, très remonté ; le cul-de-sac antérieur est rempli par la tumeur.

Opération, le 17 octobre. — Aussitôt le ventre ouvert, on aperçoit une tumeur rosée, sillonnée de nombreuses veines, molle, presque fluctuante. Ce caractère n'avait pu être apprécié avant l'opération en raison de la rigidité des parois abdominales, très épaisses, chez une femme n'ayant pas eu d'enfants. L'ablation est assez pénible ; l'opération dure près de 2 heures.

La tumeur présente à sa partie supérieure une cavité kystique du volume du poing environ, remplie d'un liquide jaune citrin ; les parois de cette cavité sont irrégulières, comme déchiquetées. Le reste de la surface de section du fibromyome montre des parties tout infiltrées par un liquide qui dans certains points ramollit seulement le tissu et lui donne un aspect colloïde, et qui en d'autres endroits creuse des petites géodes.

Après l'opération, le poulx est très petit, presque imperceptible. Injections de caféine. Les jours suivants, la malade se sent bien : pas de douleur dans le ventre, pas de ballonnement ; urines normales ; température, oscillant entre 36° et 37°. La faiblesse est très grande, les battements du cœur sont à peine perceptibles au palper et à l'auscultation.

Mort le 21 octobre, 5 jours après l'opération.

OBSERVATION 40. — (Inédite, communiquée par M. le Dr LE BEG, résumée.)

Mme P..., est entrée à l'hôpital St-Joseph le 28 septembre 1894, dans l'état suivant. Ventre proéminent en avant. Tumeur médiane remontant à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic, remplissant les fosses iliaques. Cette tumeur donne une *sensation de mollesse particulière*, surtout en avant et en haut. Les parties latérales sont plus dures et plus irrégulières. Par le toucher vaginal, on reconnaît dans le cul-de-sac postérieur la présence d'une tumeur très molle, presque fluctuante, se continuant avec la tumeur sentie par le palper. Le col est abaissé ; l'hystéromètre pénètre seulement à 4 centimètres.

L'interrogatoire de la malade apprend que *la tumeur a grossi rapidement*, dans l'espace de 6 mois, sans occasionner d'autres troubles que quelques métrorrhagies survenant au moment des règles.

Diagnostic : Fibrome dégénéré kystique, ou kyste de l'ovaire multiloculaire, à petites poches.

Opération, le 10 octobre 1894. — Le ventre ouvert on tombe sur une tumeur régulière, médiane, tellement molle qu'on y fait une ponction avec un gros trocart, mais sans résultat. Ablation assez facile. Guérison.

La tumeur incisée sagittalement montre à la partie antérieure une infiltration presque totale, par un liquide séreux, jaunâtre, qui donne à ces portions un aspect gélatineux ; en arrière, on remarque plusieurs cavités irrégulières, les unes petites, de la grosseur d'une noisette, les autres plus grandes ; l'une d'elles atteint le volume d'une bonne orange ; elle est remplie du même liquide.

OBSERVATION 41. — (Inédite, communiquée par M. le Dr LE BEC, résumée.)

Fibromyome œdémateux. — Géodes. — Hystérectomie totale. —

Mort un mois après d'entérite muco-membraneuse.

Mme B..., âgée de 36 ans, entre à l'hôpital St-Joseph, le 10 novembre 1894. Réglée à 12 ans $1/2$, facilement, régulièrement.

A 14 ans, incontinence d'urine qui n'a cessé qu'à 32 ans. Les hémorrhagies ont débuté à ce moment, elles survenaient au moment des règles qui duraient 15 jours. Depuis 3 ans, augmentation progressive du volume du ventre ; douleurs assez violentes, s'irradiant à la région lombaire. Constipation habituelle et, par moments, pollakiurie (troubles de compression).

À l'examen, on trouve, par le palper, une masse volumineuse, atteignant presque l'appendice xyphoïde, *de consistance très molle*, légèrement mobile, remplissant les deux fosses iliaques. Par le toucher vaginal, on sent le col très élevé, petit (nullipare), effacé ; les culs-de-sac sont vides, la tumeur paraît avoir remonté au-dessus du petit bassin.

L'hystéromètre se dirige en haut et à droite et pénètre facilement à 18 centimètres.

À l'auscultation, on entend dans la tumeur des battements réguliers, propagés dans toute la masse, et isochrones avec le poids radial.

Opération, le 19 novembre 1894. — Hystérectomie laparo-vaginale ; pas d'incidents.

Tumeur du poids de 5.500 grammes, ovoïde, régulière, très molle et presque fluctuante en tous ses points, développée aux dépens de la

paroi postérieure de l'utérus. La muqueuse utérine a l'apparence normale. Coupe de la tumeur antéro-postérieure, médiane : on tombe sur une masse gélatineuse, remplie de cavités kystiques irrégulières, contenant un liquide jaune citrin, albumineux. Ces cavités sont petites et ne communiquent pas entre elles ; quelques-unes sont remplies d'une substance un peu épaisse, filante, colloïde. La capsule d'enveloppe, épaisse de 2 à 3 centimètres suivant les points, est plus dure et possède les caractères du tissu utérin.

Suites opératoires. — Deux jours après l'opération, la malade est prise de diarrhée, qui ne cède ni à l'opium ni au bismuth, et s'accompagne au bout de 8 jours de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. L'intolérance devient complète pour les aliments, même pour le lait ; elle s'améliore pendant quelques jours grâce aux lavages d'estomac, puis reprend de nouveau. La diarrhée persiste ; les selles sont liquides, jaunâtres, mélangées de mucus filant et de fragments blanchâtres ressemblant à des fausses membranes.

Le 16 décembre, la température s'élève à 39° ; le 17, la malade tombe dans le coma, et elle meurt le lendemain, 19 décembre, un mois après son opération, sans avoir rien présenté de particulier qui relève de l'intervention ; la plaie abdominale était complètement cicatrisée.

OBSERVATION 42. — (Inédite, communiquée par M. Dr LE BEC, (résumée).
Fibrome œdémateux. — *Géodes.* — *Hystérectomie totale.* — *Guérison.*

Mme H..., âgée de 42 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 4 novembre 1894. Rien dans les antécédents. Réglée normalement à 15 ans. A eu trois enfants, venus tous à terme ; pas de suite de couches.

Le début de l'augmentation de son ventre remonte à 1886 (8 ans). Mais depuis un an ou deux, *son accroissement a été rapide* et en même temps s'est accompagné de métrorrhagies assez abondantes et de douleurs lombaires. Pas de difficulté de miction ni de défécation.

A l'examen, on trouve l'utérus assez mobile, un peu abaissé. Le cul-de-sac antérieur ainsi que les culs-de-sac latéraux sont remplis par une tumeur arrondie, molle, légèrement fluctuante. Le cul-de-sac postérieur est vide.

Par le palper abdominal, on sent une masse volumineuse, dépassant l'ombilic de cinq travers de doigt, peu douloureuse, légèrement mobile ; *elle donne une sensation bien nette de fluctuation.*

Opération; le 25 novembre 1894. — *Hystérectomie laparo-vaginale.* Pas d'incidents. — *Guérison* 20 jours après l'opération.

La tumeur pèse 3 k. 200 grammes, elle est ovoïde, à grand diamètre vertical (25 cent.). Elle est très molle, lisse, rosée. A la coupe, elle appa-

rait constituée par du tissu fibromateux tout infiltré de sérosité, d'aspect gélatineux, et creusé d'une multitude de vacuoles de dimensions variables, quelques-unes atteignant le volume d'une noisette, irrégulières, à parois inégales et remplies d'un liquide citrin, légèrement filant.

OBSERVATION 43. — (Inédite, communiquée par M. le Dr LE BEC, résumée.)

*Fibromyome œdémateux. — Hystérectomie
abdomino-vaginale. — Guérison.*

Mme L..., âgée de 43 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 10 janvier 1895. Menstruation à 14 ans. Nullipare ; a eu une fausse couche à 20 ans.

A 36 ans, les règles deviennent irrégulières, et plus abondantes (10 jours). Deux ans après, en 1890, le ventre commence à grossir légèrement ; puis, en 1891, il *prend un accroissement rapide* ; la malade sent elle-même, à ce moment, sa tumeur.

Elle entre dans le service de M. Terrier ; on lui fait la castration double ; la guérison a été longue et retardée par l'apparition d'un trajet fistuleux situé au niveau de l'incision abdominale, et qui a persisté 3 mois. Depuis cette époque, les règles ne sont pas revenues.

Mais le ventre a continué à grossir, malgré l'opération. Le traitement électrique appliqué par M. Apostoli produit une amélioration notable.

En décembre 1894, hémorrhagie très abondante, accompagnée de douleurs très vives siégeant dans le bas-ventre et irradiées dans les lombes et les cuisses : c'est à la suite de ces phénomènes que la malade entre à St-Joseph.

A l'examen (10 janvier 1895), on trouve par le palper abdominal une tumeur arrondie, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, remplissant les deux fosses iliaques, très molle à gauche, mais dure et ferme à droite. Le toucher vaginal ne dénote rien dans les culs-de-sac ; la tumeur est remontée au-dessus du petit bassin. L'hystéromètre se dirige horizontalement et pénètre à 40 centimètres.

Pas de troubles de compression. Bon état général. Urines normales.

Opération, le 21 janvier 1895. — Hystérectomie abdomino-vaginale. L'ablation de la tumeur est difficile en raison des nombreuses adhérences qu'elle a contractées avec l'intestin.

Fibromyome du volume d'une tête d'enfant, de consistance molle, rénitente, développé aux dépens du fond de l'utérus, de forme un peu

irrégulière, bosselé à sa surface. A la coupe, on ne trouve pas comme on s'y attendait, de véritables géodes ; le tissu est simplement infiltré par endroits, et présente en ces points un aspect gélatineux tout particulier ; il semble que la dégénérescence ne soit encore qu'au début.

Les suites opératoires ont été bonnes ; la malade a quitté l'hôpital un mois après l'opération.

OBSERVATION 44. — (KOEBERLÉ, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1889, résumée.)

Tumeur fibro-kystique de l'utérus du poids de 14 kilos. — Guérison.

Mlle O. de Wiesbaden, âgée de 34 ans, souffre depuis quelque temps des symptômes d'une compression pelvienne sur le rectum ; celle-ci est déterminée par la présence d'une tumeur qui ne s'est pas manifestée par d'autres signes, mais a *augmenté rapidement de volume* en un an. Elle est arrondie, en partie très dure, en partie fluctuante, formée de loges plus ou moins larges.

L'excavation pelvienne est envahie également par une tumeur qui descend jusqu'à 3 centimètres de la vulve. Celle-ci fait corps avec la partie postérieure du col utérin qui est refoulé à gauche et en avant contre la face postérieure du pubis. Le cathétérisme utérin est impossible à cause de l'étroitesse de l'orifice de l'hymen.

Deux ponctions dans les deux plus grandes loges fournirent trois litres de liquide séreux, riche en cholestérine. Je diagnostiquai une tumeur fibro-kystique de l'utérus. Le facies de la malade, le teint coloré, la consistance de la tumeur très dure en plusieurs points, la nature du liquide extrait par la ponction, la résistance de la tumeur intra-pelvienne, ses rapports avec le col, militaient en faveur d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus.

Opération, le 31 août 1868. — Elle permet de vérifier que le diagnostic porté avant l'opération était exact. C'était la première fois qu'il était fait.

OBSERVATION 45. — (M. D. MANU, *Am. Journ. f. Obst.*, VI, 41, p. 622, 1874, résumée).

Tumeur fibro-kystique de l'utérus.

Développement du ventre datant d'un an, chez une femme de 28 ans, sans enfants, bien réglée. Les symptômes sont : la dyspnée, l'amaigrissement, des douleurs, une tumeur abdominale manifestement fluctuante.

Le diagnostic porté est : kyste de l'ovaire.

Opération : Tumeur très adhérente, contenant du liquide séreux et en d'autres points du liquide chocolat (sang). En recherchant les adhérences, on voit qu'elle vient de l'utérus. On l'énuclée néanmoins. Ses parois étaient formées de fibres musculaires. Guérison.

OBSERVATION 46. — (THOMAS KEITH, *Edinburgh med. Journ.*, p. 784, mars 1875, résumée.)

Tumeur fibro-kystique de l'utérus.

Femme de 40 ans, souffrant depuis près d'un an d'une tumeur qui avait grossi considérablement en deux mois. Métrorrhagies fréquentes et abondantes ; douleurs abdominales très vives.

La tumeur dépassait l'ombilic de 3 pouces $1/2$, remplissait l'abdomen, était dure et élastique par endroits, molle et flasque en d'autres. En présence de la marche envahissante du néoplasme, l'hystérectomie est décidée. Guérison.

OBSERVATION 47. — (M. POLLOSSON, *Lyon médical*, 1893.)

Tumeur fibro-kystique de l'utérus. — Hystérectomie. — Entérorrhaphie. — Guérison.

Tumeur opérée le 23 mars ; la malade est âgée de 45 ans.

Elle a eu trois enfants. Elle était bien réglée jusqu'à ces derniers temps. Son ventre avait grossi depuis 6 ans. Il y a deux ans, on l'avait ponctionné à Saint-Etienne. On avait retiré 16 litres de liquide.

A l'entrée, M. Pollosson trouve un ventre énorme : il y avait une consistance fluctuante ; on sentait en un point des masses solides. Le diagnostic imposé par ces caractères était celui de kyste de l'ovaire.

Laparotomie. — On trouve une tumeur solide ; à sa partie médiane était implanté un kyste pouvant contenir 3 à 4 litres de liquide. Dans le flanc gauche était une autre poche kystique qui se rompt pendant l'opération ; elle contient environ 15 litres de liquide.

La tumeur principale, solide, fibromateuse, pesait 8 kil.

Il s'y était développé des productions kystiques énormes. Elle était implantée sur le fond de l'utérus, au moyen d'un pédicule de 6 à 7 centimètres de diamètre ; celui-ci fut traité par la méthode extra-péritonéale.

Cette observation est remarquable par deux points : 1° le volume énorme des productions kystiques ; 2° le traitement des adhérences. Celles-ci étaient épiploïques et intestinales. Les premières furent section-

nées après ligature à la soie. Quant aux secondes, elles furent décollées, mais en un point il se fit une perforation : M. Pollosson reséqua l'anse intestinale blessée et fit ensuite l'entérorrhaphie circulaire et la suture de Lambert. Guérison.

OBSERVATION 48. — (A. RAFFRAY, *Bull. Soc. anatomique*, janvier 1894.)

Fibromyome kystique.

Femme de 49 ans, nommée Ch...; entrée à Saint-Antoine le 12 décembre 1894 pour tumeur abdominale.

Antécédents héréditaires et personnels nuls. Grossesse il y a 20 ans, pas de suites de couches. La tumeur a débuté il y a 9 ans, *s'est développée rapidement*, sans douleurs. La malade entre à la Pitié 18 mois après ; on diagnostique un kyste de l'ovaire ; ponction (3 lit. 1/2 de liquide).

Quelque temps après le liquide s'est reproduit. Depuis 7 ans la malade porte sa tumeur sans douleurs ni fièvre, avec un état général satisfaisant. Pas de métrorrhagies, règles régulières jusqu'en 1892 où elles ont cessé.

Examen : Abdomen volumineux ; la tumeur remonte jusqu'à l'épigastre, est rénitente, mate à la percussion, mobile latéralement. Pas de fluctuation. Toucher vaginal négatif ; col remonté. Culs-de-sac libres, non douloureux.

Diagnostic : kyste de l'ovaire.

Opération, le 16 décembre. — L'abdomen ouvert, le kyste se présente avec une paroi blanchâtre, épaisse. Ponction qui donne 5 lit. 1/2 de liquide noirâtre, hématique. En arrivant au pédicule épais, charnu, on s'aperçoit qu'il est formé par du tissu utérin. Application d'un fort clamp sur ce pédicule, section au thermocautère. Guérison.

Examen de la tumeur. — Il ne s'agissait pas d'un kyste de l'ovaire comme on l'avait cru, mais d'un très gros fibrome de l'utérus ayant subi la dégénérescence kystique totale.

OBSERVATION 49. — (DUBAR, *Bulletin médical du Nord*, 1896.)

Tumeur fibro-kystique de l'utérus.

Tumeur fibro-kystique du volume d'une tête d'adulte enlevée par laparotomie sur une femme de 45 ans. Elle s'était développée progressivement depuis 4 à 5 ans, mais *avait fait des progrès considérables depuis quelques mois*, au point de remonter à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le diagnostic de tumeur fibro-kystique a été porté avant l'opération.

La mobilité relativement assez considérable de la tumeur, malgré son volume, avait fait présumer qu'elle pouvait être pédiculée sur le corps de l'utérus, ce qui a été vérifié. Depuis longtemps les règles étaient abondantes et prolongées.

L'opération n'a pas présenté de difficultés particulières. Des adhérences très étendues et très intimes entre la tumeur et l'épiploon ont dû être détachées.

Le pédicule était tordu (un demi tour despire) sur lui-même, ce qui a dû amener, par compression veineuse, un développement rapide et considérable du kyste.

Le contenu du kyste se composait d'une quantité considérable de liquide sanguinolent et de masses fibrineuses colorées par l'hématine et adhérentes aux parois de la cavité. La paroi était exclusivement formée par des fibres musculaires lisses et quelques fibres conjonctives sans aucun revêtement épithélial. Cette constitution doit faire écarter l'hypothèse du développement du kyste aux dépens des vaisseaux ou des espaces lymphatiques, ou encore l'hypothèse d'un pseudo-kyste formé par dégénérescence colloïde ou gangréneuse d'une partie de la tumeur.

Il y a lieu d'admettre ici une dissociation du myome par de l'œdème, puis par des extravasations sanguines de plus en plus considérables à mesure qu'augmentait la gêne de la circulation veineuse.

OBSERVATION 50. — (COUVELAIRE, *Bull. Société anatomique*, mars 1897.)

Fibromyome utérin œdémateux. — Géodes.

Fibromyome opéré par M. Marchand. La tumeur s'était développée surtout depuis un an, sans phénomènes douloureux. La femme avait eu plusieurs métrorrhagies. L'examen de l'abdomen permit de délimiter une tumeur remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, régulière et fluctuante. Cette sensation de fluctuation fit penser à un kyste de l'ovaire.

L'examen de la pièce permit de s'expliquer cette fluctuation.

L'incision de la paroi antérieure de l'utérus fit jaillir un flot de liquide jaune citrin, 3/4 de litre environ. Cette nappe liquide était contenue dans une série de vacuoles communiquant les unes avec les autres, interposées entre les fibromyomateux de volume variable et limitées par de fins tractus conjonctifs blanchâtres. Comme le col d'ailleurs réduit à des proportions infirmes avait été laissé dans le pédicule au cours de l'opération, on ne put retrouver au milieu de tous ces noyaux la cavité utérine.

§ 3. — Dégénérescence sarcomateuse.

Les fibromyomes atteints de dégénérescence sarcomateuse se confondent, en clinique, avec les sarcomes de l'utérus. C'est du moins l'opinion admise généralement aujourd'hui : « Il est infiniment probable, dit Delbet (1), que, dans la plupart et peut-être dans la totalité des cas donnés jusqu'ici comme des fibro-sarcomes, il s'agissait de transformation sarcomateuse de fibromyomes primitifs. » Il faut cependant faire une exception en faveur des sarcomes développés au niveau de la muqueuse utérine, signalés par Virchow, Spiegelberg, Rein, Winckler, et décrits longuement dans une thèse récente de M. Aubry (2).

La *symptomatologie* de ces tumeurs est peu caractéristique, surtout au début. Rien alors ne les distingue des fibromyomes normaux : hémorrhagies, sous forme de ménorrhagies ou de métrorrhagies, hydorrhée non odorante, douleurs, augmentation du volume de l'utérus. A la période d'état, on observe l'évolution rapide, le ramollissement de la tumeur, et les mêmes troubles qu'au début.

Si l'ablation n'est pas pratiquée à ce moment, le néoplasme envahit les ganglions du bassin, se développe en remplissant celui-ci, se généralise aux autres organes, et détermine une véritable cachexie analogue du cancer.

Le *diagnostic* est difficile ; nous avons vu au chapitre précédent sur quels signes on doit se baser pour distinguer la dégénérescence sarcomateuse de la dégénérescence œdémateuse : nous n'y reviendrons pas.

Le *pronostic* est celui des tumeurs malignes : il est presque fatal, même après l'intervention chirurgicale, car la récurrence se produit habituellement sur place ou à distance. De là résulte la nécessité de l'ablation précoce, aussitôt que le fibromyome, après avoir présenté une évolution normale, commence à prendre un accroissement rapide. A cette seule condition, on sera,

(1) DELBET, *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VIII.

(2) AUBRY, *Du sarcome diffus de la muqueuse utérine*. Th. Paris, 1896.

dans de très rares cas, à l'abri de la généralisation et des métastases qu'on observe quelquefois dans le foie, la rate, le poumon, etc.

Voici quelques observations qui feront comprendre, mieux que toute description détaillée, ce que nous venons de signaler.

OBSERVATION 51. — (ORRILLARD et DURANTE, *Soc. anat.*, mars 1894, p. 217.)

Tumeurs abdominales multiples. — Fibromyomes utérins en voie de transformation sarcomateuse; sarcome sous-péritonéal occupant toute l'excavation pelvienne. — Laparotomie. — Mort.

Virginie F..., 48 ans, entre le 17 juin 1893 à Lariboisière, salle Gosselin, n° 40.

Antécédents héréditaires. Nuls. — *Antécédents personnels.* Réglée à 15 ans, régulièrement; pas de leucorrhée. Mariée à 30 ans. Ni fausse couche, ni grossesse. Bronchite suspecte il y a 2 ans.

En octobre 1892, les règles se suspendent 3 mois, reparaissent en janvier 1893, deviennent normales en mars. A la fin de mars, douleurs de ventre avec besoins fréquents d'uriner et d'aller à la selle.

Règles abondantes en mai, puis 15 jours après, métrorrhagie qui dure 5 jours (repos au lit). Règles normales en juin, 8 jours avant l'entrée.

Depuis plusieurs mois, pesanteur du ventre et douleurs augmentées par marche.

Depuis plusieurs semaines, état général mauvais, peu d'appétit.

EXAMEN : Tumeur arrondie, plus saillante à gauche qu'à droite remontant à 2 doigts au-dessus de l'ombilic. Pas de douleur au palper.

Toucher : masse arrondie, lisse, à 2 doigts de la fourchette vulvaire, un peu sensible à la pression. Elle remplit l'excavation et le doigt ne peut pénétrer entre elle et la face postérieure de la symphyse. Le col est repoussé en haut, on ne peut l'atteindre.

En essayant d'y parvenir, écoulement de liquide jaune, épais.

Consistance molle, mais sensation de résistance, pas de fluctuation; cette masse immobile est distincte de celle de l'abdomen qui est plus dure et très mobile.

La tumeur de l'abdomen a la forme de l'utérus augmenté de volume, et semble se porter à gauche.

Toucher rectal : la tumeur a repoussé en avant l'intestin.

En résumé, on sent 2 tumeurs, l'une ayant la consistance des fibromes en connexion intime avec l'utérus; l'autre plus molle, occupant une grande partie de l'excavation, régulière comme surface et paraissant indépendante de la première; située au-dessous du péritoine.

Laparotomie, le 28 juin 1893. — Utérus volumineux, fibrome mou de la face antérieure ; au fond, petits fibromes sous-péritonéaux.

On enlève l'utérus après avoir placé un lien de caoutchouc. Puis la main introduite dans l'excavation pénètre dans l'intérieur d'une masse molle se déchirant sous le doigt, adhérente ; hémorrhagie abondante (compression de l'aorte). Au centre de cette masse, corps dur, crétacé qu'il est impossible d'énucléer. Mickulicz.

Le 5^e jour, mort par péritonite.

AUTOPSIE. — Organes thoraciques sains. Foie un peu gros, reins normaux, vessie très augmentée de volume et dilatée.

Remplissant en grande partie l'excavation, se trouve une masse molle qu'on enlève après avoir sectionné la symphyse. Elle se compose de tout le contenu du bassin ; on y trouve d'avant en arrière :

1^o La vessie normale comme une muqueuse, mais très dilatée.

2^o Le cul-de-sac vésico-utérin et immédiatement derrière le pédicule formé aux dépens du col utérin et du vagin. De chaque côté sont les 2 ovaires, le gauche présente un petit kyste, le droit a des rapports spéciaux cités plus bas.

3^o Derrière le pédicule se trouve le rectum repoussé en avant par la tumeur pelvienne ; celle-ci occupe la plus grande partie de l'excavation, elle est molle et se laisse très facilement dilacérer.

La partie enlevée au cours de l'opération répond à peine au cinquième de la masse totale. L'utérus avait été repoussé très en haut et en avant et n'avait par conséquent aucun rapport avec elle. L'ovaire droit paraît sain et est appliqué immédiatement sur la tumeur dure et crétacée dont nous avons signalé l'existence. Celle-ci est ovoïde, à grand axe transversal, et comme plongée au milieu de la masse molle qui remplissait l'excavation.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Les parties dures de la tumeur sont du fibromyome normal ; les parties ramollies, du sarcome développé aux dépens des portions fibromyomateuses ayant envahi le ligament large.

OBSERVATION 52. — (TERRILLON, *Bull. et mém. Société de chirurgie*, t. XVI, p. 756.)

Sarcome de l'utérus.

Femme de 45 ans, n'ayant jamais eu d'enfants et jouissant d'une santé florissante, éprouvait en mars 1889, sans y prendre garde d'abord, quelques douleurs dans le bas-ventre et un peu de gêne dans la miction. Éloignée de chez elle, elle consulte à Nice un médecin qui lui annonce la présence d'une petite tumeur attenante à l'utérus. Elle revint

aussitôt à Paris (10 mars) et vint me consulter. Je constatai l'existence d'une tumeur dure, peu volumineuse, du fond de l'utérus.

Trois semaines après, nouvel examen. Les douleurs abdominales, surtout la gêne de la miction et de la défécation s'étaient accentuées très rapidement. Il me fut facile de constater, cette fois, la présence de la même tumeur, mais beaucoup plus grosse, et qui maintenant remplissait le bassin.

Bientôt éclatèrent des symptômes graves d'obstruction intestinale, et le 17 avril je l'opérais, principalement pour parer aux accidents aigus de la compression. J'enlevai deux tumeurs pédiculées pesant 3 à 4 kilogrammes et composées exclusivement par du tissu sarcomateux à fines cellules, sans kystes.

OBSERVATION 53. — (TERRILLON, *Bull. et mém. Société de chirurgie*, t. XVI, p. 753.)

Sarcome kystique de l'utérus.

Femme de 56 ans, qui avait commencé en 1886 à souffrir dans l'abdomen et à avoir des pertes abondantes. M. le professeur Damaschino consulté ne trouva qu'une lésion utérine à peine appréciable : *il pensa à un fibrome au début.*

Mais la maladie faisait de rapides progrès, et bientôt une tumeur apparaissait nettement au-dessus de l'ombilic ; en mai 1890, elle remontait jusque vers l'appendice xyphoïde. L'état général était médiocre, l'anémie extrême.

Lorsque je pratiquai l'examen, je trouvai une tumeur bosselée, solide par places, liquide dans d'autres, faisant corps avec l'utérus, qui était repoussé en avant, et gênait la miction. Je fis le diagnostic de sarcome utérin avec kystes assez étendus. Je consentis à l'opération.

À l'ouverture de l'abdomen, je trouvai une masse énorme dont la surface était parcourue par des veines dilatées.

Une ponction donna, en deux fois, 5 litres de liquide noir qu'on pouvait prendre pour du sang altéré par un long séjour dans ces poches kystiques. Le reste de la tumeur était solide.

Mais en examinant avec plus de soin cette masse, je ne tardai pas à voir qu'elle était en partie développée dans le ligament large, qu'elle avait soulevé trois anses d'intestin grêle auxquelles elle adhérait, ainsi qu'à l'épiploon ; enfin, que la surface du péritoine pariétal et viscéral était parsemée de granulations.

Après avoir détaché et lié une partie de l'épiploon, je reconnus qu'il était impossible de séparer la tumeur du bassin et des anses intesti-

nales. Je pris donc un fragment du néoplasme qui pût permettre un examen histologique et je refermai l'abdomen.

Les suites de l'opération furent bonnes. La malade s'alimenta mieux à partir de ce moment, et, en juillet (moins de deux mois après l'incision exploratrice), elle put retourner chez elle.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules.

OBSERVATION 54. — (TERRILLON, *Bull. et mém. Société de chirurgie*, t. XVI, p. 754.)

Fibro-sarcome kystique de l'utérus. — Noyaux sarcomateux dans l'épiploon.

Femme de 52 ans, qui portait depuis une douzaine d'années une tumeur fibreuse occupant le fond de l'utérus et donnant lieu à des troubles peu accentués. Cependant la maladie, qui était restée longtemps stationnaire, évoluait depuis 18 mois avec une grande rapidité. La tumeur envahissait peu à peu l'abdomen qu'elle ne tarda pas à remplir, et qui atteignit une circonférence de 1 m. 50. En même temps, l'examen révélait, dans cette vaste masse à développement progressif, des parties nettement fluctuantes.

Le diagnostic me semblait peu douteux ; il s'agissait probablement, en dépit du développement rapide, qui d'ailleurs n'est pas très rare dans cette variété, d'un fibrome avec kyste volumineux.

L'opération eut lieu le 10 août 1890. Dès l'ouverture de l'abdomen je constatai que les parois de la cavité fluctuante présentaient un épaissement et une vascularisation exagérée. L'idée d'un sarcome me vint aussitôt. Je fis une ponction avec un gros trocart de l'appareil Potain, et je pus extraire environ 5 litres d'un liquide rougeâtre.

La tumeur étant ainsi diminuée de volume, je me proposai de l'enlever. Mais je ne tardai pas à reconnaître des adhérences épiploïques considérables et des noyaux sarcomateux dans l'épiploon. De plus, deux anses intestinales étaient intimement unies avec la tumeur.

Malgré ces difficultés, je pus, non sans peine, couper l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux, en formant un pédicule volumineux qui fut fixé dans l'angle inférieur de l'ouverture abdominale.

La partie solide de la tumeur enlevée pesait environ 12 kilogrammes. Elle était composée de tissu sarcomateux mélangé de noyaux fibromateux faciles à reconnaître dans la masse. En plusieurs points, surtout vers la surface, on distinguait des kystes ou plutôt des foyers d'épanchements sanguins.

OBSERVATION 55. — (AL. RUSSELL SIMPSON, *Edinburgh med. Journal*, janvier 1876, résumée.)

Fibro-sarcome de l'utérus. — Opération. — Récidive. — Mort.

Femme de 46 ans. En 1867, tumeur utérine dont on fait l'ablation partielle par l'écraseur. En 1867, nouvelle excision du néoplasme qui a repullulé. En 1870, nouvelle opération.

Au moment où Simpson voit la malade, on en était à la 5^e opération. Tumeur volumineuse du petit bassin. On enlève une partie de celle-ci à l'écraseur linéaire. Elle était constituée sur certains points par un fibromyome vulgaire ; sur d'autres, par du tissu embryonnaire stratifié entre des couches de fibres conjonctives parallèles.

Amélioration jusqu'en 1874. Nouvelles métrorrhagies, anémie, teint jaunâtre, aspect cancéreux : double phlébite et mort.

Quelque temps auparavant, Simpson avait essayé de nouveau l'ablation de la tumeur, et cette fois elle avait présenté les caractères du sarcome pur, presque sans mélange du tissu fibreux.

Dans ce cas, il semble que la tumeur a été d'abord un corps fibreux qui, à la suite d'ablations successives, a dégénéré en sarcome embryonnaire.

OBSERVATION 56. — (TERRILLON, *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, t. XVI, p. 730.)

Fibro-sarcome de l'utérus. — Opération. — Récidive. — Mort.

Malade âgée de 53 ans, très vigoureuse, ayant eu deux enfants, et opérée en 1873 par le professeur Trélat d'une petite tumeur du sein gauche que ce chirurgien considère alors comme un sarcome. La guérison fut alors parfaite et rien ne reparut de ce côté.

En 1887, quatorze ans après cette première opération, la malade s'aperçut que son ventre grossissait. Depuis quelque temps déjà, elle avait des pertes utérines, et on avait pensé à l'existence d'un fibrome. Mais l'évolution de la maladie était si rapide que bientôt la circonférence du ventre atteignait 4 m. 60.

Quand la malade, en juillet 1888, vint à Paris, je crus aussi à la présence d'un fibrome à marche rapide, et, considérant la vie de la malade comme menacée, je proposai une intervention radicale.

L'opération eut lieu le 24 juillet 1888. J'enlevai facilement une énorme tumeur utérine de 20 kilos, et je laissai dans l'abdomen la partie inférieure du col serrée à l'aide d'un tube de caoutchouc.

La guérison fut parfaite, sans incident, et après 25 jours, la malade quittait Paris.

L'examen de cette vaste tumeur montra qu'il s'agissait en réalité d'un fibro-sarcome, certaines parties présentant des fibres musculaires à peu près sans mélange, d'autres portions plus étendues étant constituées par du sarcome mou ou fasciculé presque pur.

Cinq mois après cette opération, cette malade présenta quelques accidents du côté du vagin, avec écoulement purulent et légère fièvre le soir. Je pensai aussitôt à quelque récurrence, mais je ne tardai pas à découvrir la cause de tous ces phénomènes : le tube de caoutchouc, qui vint bientôt se présenter au fond du vagin. Il fut facilement retiré et tous les accidents cessèrent. La malade reprit donc, en décembre 1888, ses habitudes et sa vie habituelle avec toutes les apparences de la plus belle santé.

Mais vers le mois de mai 1890, c'est-à-dire moins de deux ans après l'intervention radicale, apparurent des phénomènes de compression vésicale et rectale avec crises douloureuses dans le bas-ventre. Actuellement, mon ancienne opérée est manifestement atteinte d'une récurrence, et présente une tumeur qui remplit presque complètement le bassin, sans proéminer d'une façon très sensible dans le vagin. La malade est morte en octobre 1890.

OBSERVATION 57. — (TERRILLON, *Bull. et mém. Société chirurgie*, t. XVI, p. 750.)

Fibro-sarcome de l'utérus. — Opération. — Récurrence et métastase dans le poumon. — Mort.

Sarcome développé dans toute l'épaisseur de la paroi utérine et présentant à peine quelques bosselures faisant saillie du côté du péritoine.

Ce sarcome fut enlevé par la laparotomie avec section de l'utérus au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Le pédicule, lié avec un tube de caoutchouc, fut abandonné dans l'abdomen. La tumeur pesait 13 kilogrammes. La cavité était agrandie et mesurait 12 centimètres. Il y eut beaucoup de sang, quoique la muqueuse fût peu altérée. Toute la paroi musculaire était infiltrée de sarcome.

La malade guérit rapidement de son opération et put même reprendre son métier de couturière. Mais elle mourut, six mois après, de récurrence locale et d'accidents pulmonaires qui semblent avoir été le résultat d'une de ces propagations par le système veineux, dont Virchow a depuis longtemps démontré la possibilité et l'existence fréquente.

Traitement.

Nous avons vu que parmi les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus, une seule est véritablement maligne et dangereuse par elle-même, en raison de sa structure histologique : c'est la dégénérescence sarcomateuse. Ce caractère de malignité n'a pas échappé à l'observation des chirurgiens et a été bien mis en évidence au *Congrès français de chirurgie* de 1893.

« Par eux-mêmes, dit Kœberlé, les fibromyomes utérins sont des tumeurs extrêmement bénignes ; mais ils peuvent devenir dangereux par le fait de leur augmentation de volume, par les hémorrhagies qu'ils provoquent, le siège et les rapports anatomiques qu'ils occupent, et les *dégénérescences dont ils peuvent devenir le siège.* »

Péan ajoute à cela : « Dès 1856, avec Ordonnez, j'ai montré la facilité avec laquelle les fibromes peuvent récidiver sous forme de sarcomes. »

Enfin, Doyen a « vu de nombreux cas de dégénérescence maligne de fibromes utérins, qui se sont transformés en sarcomes ou compliqués de cancer de la muqueuse du corps ou du col ».

C'est également l'opinion de Costes qui termine sa thèse par ces mots : « Comme conclusion clinique, vu la fréquence de leurs dégénérescences sarcomateuses et myxomateuses, les fibromyomes de l'utérus doivent être regardés comme des tumeurs graves, et par conséquent être opérés le plus tôt possible. »

Evidemment, pour les fibromyomes atteints de dégénérescence sarcomateuse, la conduite à tenir est simple : le seul traitement rationnel est l'extirpation. Mais le diagnostic de ces tumeurs n'est possible le plus souvent qu'après l'opération, à

moins qu'elles n'aient envahi déjà une partie de l'abdomen ou n'aient déterminé des métastases qui défendent toute intervention.

D'autre part, les fibromyomes atteints de dégénérescence œdémateuse, de nature bénigne histologiquement, affectent souvent la même évolution rapide que les précédents. Il en résulte des hémorrhagies redoutables ou des phénomènes de compression graves, accompagnés quelquefois de lésions rénales ou cardiaques. Ces mêmes troubles de compression s'observent dans les fibromyomes atteints de dégénérescence fibreuse et calcaire, et ils peuvent devenir, dans ce dernier cas, rapidement mortels (obs. 8).

Aussi, pour toutes ces raisons, nous pensons qu'on doit opérer tout fibromyome dans lequel on soupçonne une dégénérescence, même bénigne ; les accidents qui sont dus à ces derniers paraissent bien légitimer cette ligne de conduite.

La méthode opératoire à employer n'est pas indifférente ; nous donnons la préférence à l'hystérectomie abdominale sur l'hystérectomie vaginale. En effet, celle-ci est particulièrement difficile dans le cas de fibromyomes calcaires qu'on a peine à morceler ; elle ne l'est pas moins dans le cas de fibromyomes œdémateux ou sarcomateux, les pinces n'ayant aucune prise sur ces tissus ramollis. De plus, s'il existe un envahissement des ganglions du bassin ou une propagation aux ligaments larges, ce qui arrive quelquefois dans la dégénérescence sarcomateuse, l'hystérectomie abdominale seule permet de faire l'opération d'une façon complète.

Les procédés opératoires sont nombreux et varient presque avec chaque chirurgien. Nous ne signalerons ici que celui de notre maître M. le Dr Le Bec (1) que nous avons vu employer un grand nombre de fois ; ce procédé est basé sur la ligature préalable des vaisseaux utéro-ovariens et des artères utérines, le

(1) Voir à ce sujet : GUINEBERTIÈRE, thèse Paris, 1894, et LE BEC : *Congrès de chirurgie*, 1895, p. 939 ; *Congrès de chirurgie*, 1897 : Résultats de 57 cas par mon procédé.

renversement des pédicules formés par ces dernières dans le vagin, et la suture du péritoine pelvien. Il économise le sang des malades en assurant l'hémostase préventive ; il permet de lutter facilement contre une hémorrhagie post-opératoire, puisque les pédicules renfermant les artères utérines sont dans le vagin ; il empêche toute infection venant du dehors, par le fait de la fermeture complète de la cavité péritonéale ; il est applicable à tous les cas, même lorsque les tumeurs sont enclavées dans le petit bassin ; enfin, il est d'une grande rapidité et réduit ainsi le choc opératoire à son minimum. M. Le Bec n'a jamais vu d'accidents imputables directement à ce procédé. Cette simple constatation en démontre suffisamment la valeur ; nous n'y voulons rien ajouter.

CONCLUSIONS

Les fibromyomes utérins, dont le développement se fait autour des petits vaisseaux et des capillaires, sous une influence qui nous échappe la plupart du temps, mais qu'on peut rattacher quelquefois d'une façon non douteuse à des phénomènes inflammatoires, sont sujets à de nombreuses transformations ou dégénérescences.

I. — Au point de vue histologique :

1° Parmi celles qui sont décrites par les auteurs, nous avons rejeté les dégénérescences cartilagineuse et osseuse, qui n'ont pas encore été démontrées, et la dégénérescence carcinomateuse, qui ne nous semble pas admissible, en raison même de la structure histologique et de l'origine embryonnaire des tissus conjonctif et musculaire qui constituent les fibromyomes.

2° La dégénérescence fibreuse paraît due à une diminution de la circulation ; en tous cas, dans les points où elle existe, on note toujours la rareté des vaisseaux. Ce fait constant explique la production, au sein des placards de dégénérescence fibreuse, de portions nécrosées par défaut complet de nutrition.

3° La dégénérescence calcaire coexiste souvent avec la précédente ou lui succède ; elle se rattache également à une grande diminution de la circulation.

4° La dégénérescence que nous appelons œdémateuse (myxo-

mateuse, muqueuse, myxoïde, etc... des auteurs), nous paraît être l'origine la plus fréquente des cavités petites (géodes), ou grandes (tumeurs fibro-kystiques), que l'on observe dans les fibromyomes utérins. Elle débute le plus souvent par le tissu conjonctif intermédiaire aux nodules myomateux qu'elle atteint consécutivement ; sa présence semble liée à celle de néo-vaisseaux très nombreux, d'aspect embryonnaire, qui coexistent toujours avec elle.

5° La dégénérescence sarcomateuse, très discutée, est hors de doute. Nous l'avons vue se développer aux dépens des vaisseaux (origine endo et périvasculaire), qu'elle arrive à combler dans certains cas, donnant ainsi naissance à une nécrose consécutive et à la formation de cavités pseudo-kystiques.

II. — Au point de vue clinique :

1° Les fibromyomes atteints de dégénérescence fibreuse ou calcaire ne donnent point lieu à des symptômes particuliers ; ils se reconnaissent quelquefois à leur dureté toute spéciale. Ils ne comportent d'ailleurs un pronostic grave que par leurs complications, dues surtout à des phénomènes de compression.

2° Les fibromyomes atteints de dégénérescence œdémateuse présentent, lorsque la lésion est généralisée à la masse de la tumeur, des caractères bien définis qui permettent d'en faire le diagnostic. Ce sont surtout leur accroissement rapide, et leur consistance molle, pseudo-fluctuante. Bénins par eux-mêmes, car ils ne se généralisent point et ne récidivent point après l'ablation, ils deviennent graves en raison des hémorrhagies ou des troubles de compression, accompagnés souvent de lésions rénales ou cardiaques, qu'ils provoquent.

3° Les fibromyomes atteints de dégénérescence sarcomateuse se distinguent difficilement des précédents, surtout à leur début. Ils ont une évolution rapide et sont également ramollis, souvent kystiques. Mais ils présentent rapidement des caractères de malignité très nets : ils envahissent les tissus voisins, récidivent

après l'ablation, et déterminent parfois des métastases dans des organes éloignés, tels que le foie, la rate, le poumon.

4° En raison de ces faits, complications graves ou malignité propre, les fibromyomes utérins atteints d'une dégénérescence quelconque doivent être opérés dès que le diagnostic est fermement établi.

Vu : le président de la thèse,
CORNIL.

Vu :
Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Amann.** — *Ueber Neubildungen d. Cervicalport d. Uter.*, 1892.
- Ambroise Paré.** — 24^e liv. *De la Génération.*, ch. XLI, Paris, 1579.
- Amussat.** — *Mémoire sur l'anat. path. des tumeurs fibreuses de l'utérus.* Paris, 1874.
- Arcimega.** — *Quelques considérations sur le diagnostic de fibroïdes.* Th. Paris, 1874.
- Bantock.** — Specimens of uterine fibroids showing degenerative change. *Brit. gynæc. J.*, London, 1892-93, p. 315-317.
— Fibroid of the uterus which has undergone cystiform degeneration and is evidently malignant. *Brit. gynæc. J.*, London.
- Barth.** — *Bull. Soc. anat.*, 1849.
- Bayle.** — *Journal de médecine*, t. V, p. 62, 1802. Corps fibreux de la matrice. *Dict. des sc. médicales en 60 vol.*, t. VIII, 1813.
- Bennett.** — *Maladies des femmes.* Paris, 1864.
- Bérard.** — Fibrome dégénéré de l'utérus. *Lyon médical*, 12 janvier 1896.
- Berneaudeaux.** — *Des corps fibreux de l'utérus.* Th. Paris, 1857.
- Beurnier.** — Tumeur fibro-kystique de l'utérus. *Bull. Soc. anat.*, octobre 1896.
- Blodgett (Albert) and Clifton.** — Malignant degeneration of a fibroid tum. of the ut. *New-York med. Record*, janvier 1880.
- Boinet.** — *Gazette hebdomadaire*, 1873.
- E. Bourgeois.** — *De la coexistence des tumeurs fibreuses de l'utérus et du cancer de cet organe.* Th. Lyon, 1897.
- Bryant Thomas.** — *Transaction of the London obstetrical Society*, 1872, t. XIV.
- Broca.** — *Traité des tumeurs*, t. II, p. 252 (1869).
- Cambernnon.** — Considérations sur la cause et la fréquence des corps et polypes fibreux de l'utérus. *Gazette médicale de Paris*, 1844.
- Caternault.** — Th. Strasbourg, 1865.
- Cazin.** — Fibromyome kystique de l'utérus. *Bull. Soc. anat.*, 1893.
- Chahbazian.** — *Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* Th. Paris, 1882.
- L. Championnière.** — *Bull. et mém. Société chirur.*, 1889, p. 196.
- Clarke.** — La dégénérescence dans les fibromyomes utérins. *Journ. of Americ med. ass.*, 1^{er} août 1896.
- Clivio.** — Due casi di putrefazione di tumori fibrosi dell' utero. *Gaz. med. di Pavia*, 1892, i 145, 158.

- Coë.** — *Centr. für Gyn.*, 1891.
- Congrès de chirurgie.** — Les tumeurs fibreuses de l'utérus devant le Congrès de chirurgie. *Gaz. hôp.*, 1893, 443-452.
- Congrès français de chirurgie.** — 7^e section 1893, p. 24 et 50.
- Cornil et Ranvier.** — *Manuel d'histologie path.*, 1869.
— *Manuel d'anat. path.*, 2^e édition, t. II, p. 223 à 229, 1894.
- Cornil.** — Sur les altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse. *Bull. acad. méd.*, 1893.
- Costes.** — *Recherches anatomo-path. sur l'évolution des fibromyomes de l'utérus et de ses annexes.* Th. Paris, 1895.
- Courty.** — *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.*, Paris, 1866.
- Couvellaire.** — Fibromyome utérin kystique. *Bull. Soc. anat.*, mars 1897.
- Cruveilhier.** — *Traité d'anat. path. générale*, t. III, p. 652 à 709. Paris, 1856.
- Delbet (Pierre).** — Tumeurs de l'utérus, dans le *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VIII, p. 447 à 466, Paris, 1892.
- Demarquay.** — *Traité des maladies de l'utérus.* *Union médicale*, 1868 ; *Acad. de médecine*, 1872 et 1874.
- Dervaux.** — Fibrome utérins cavitaires, mort par urémie. *Journal des soc. médicales de Lille*, 13 mai 1897.
- Dolérès.** — *Arch. de tocologie*, janvier et février 1883, p. 1 et 364.
- Dubar.** — Tumeur fibro-kystique de l'utérus. *Bull. méd. du Nord*, 24 avril 1896.
- Dubreuil.** — *Revue de chirurgie*, 1889, p. 677.
- Ehrendorfer.** — *Centr. für Gyn.*, 1892, p. 513.
- Engelmann (I.).** — Beiträge zur *Œtiologie der Fibroide des Ut.* *Zeitschr. f. Geb. u. Gynæk.*, 1877.
- Ferrier.** — *Polypes fibreux de l'utérus.* Th. Paris, 1854.
- Fehling et Léopold.** — Myosarcoma lymphangiectodes uteri. *Arch. für Gynæk.*, t. VIII, 1875.
- Fevey.** — *Diss. sur les tumeurs fibreuses de la matrice.* Paris, 1830.
- Fraenkel et Schuchardt.** — Zur Lehre von hämatocystischen Uterusmyomen. *Arch. für Gynæk.*, 1882.
- Fraser.** — Fibrome kystique de l'utérus. *Brit. med. J.*, 4 avril 1896.
- Freund.** — *Klin. Beiträge f. Gyn.*, Bd III, p. 152.
- Galien.** — *De loc. affect.*, lib. I, cap. I.
- Galippe et Landouzy.** — Note sur la présence de parasites dans les tumeurs fibreuses utérines. *Soc. biologie*, 18 février 1887.
- Gaulier.** — *Bull. Soc. anat.*, t. XV.
- Gayet.** — *Lyon médical*, 1873.
- Gardon.** — Dangers and complications of uterine fibroids. *Am. j. obstet.*, N.-Y., 1893, 106 à 110. Discussion 152 à 156.
- Gottschalk.** — Ueber die Histogenese und *Œtiologie der Uterusmyomen.* *Arch. f. Gynæk.*, Berl., 1892-93, XLIII, 534-548, 1 pl.

- Grammatikati.** — Ein myoma cervicis cavernosum. *Arch. f. Gyn.*, XVIII, p. 139, 1881.
- Gusserow.** — *Deutsche Chir.* Bd LVII, p. 28.
- Guyon.** — *Des tumeurs fibreuses de l'utérus.* Th. agr. Paris, 1860.
- Heer.** — *Tum. fibro-cystiques.* Zurich, 1874.
- Hénocque.** — *Dict. encycl. des sciences médicales.* Art. Liomyome, 1869.
- Hertz.** — *Virchow's Arch.*, 1869, vol. XLVI.
- Heurtaux.** — Art. Fibrome du nouveau *Dict. de Jaccoud*, t. XIV.
- Hippocrate.** — *Sur la nature de la femme.* Edit. Littré. — *De morb. vulg.*, l. V.
- Jeannin.** — Fibromyome kystique du ligament large à contenu hémorrhagique. *Bull. Soc. anat.*, 1894, p. 351.
- Jurgens.** — *Über Fibroma malignum.* *Berliner klinische Wochenschr.*, n° 34, 1881.
- Keith (Thomas).** — Tumeur fibro-cystique de l'utérus. *Edimburg med. Journal*, mars 1875.
- Klebs.** — *Handbuch der path. Anat.* Berlin, 1876, Bd I, II, Abth., p. 884.
- Kleinwächter.** — *Zeitschrift f. Geb. und Gynæk.*, 1883, Bd IX, p. 68.
- Klob.** — *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane.* Wien, 1864.
- Knowsley (Thornton).** — *Medical Times and Gaz.*, 1874. — *Cystic tumours of the Pelvis.* *Medical Times and Gaz.*, 1879.
- Kœberlé.** — *Documents pour servir à l'histoire des tumeurs fibreuses de la matrice.* Strasbourg, 1864.
- *Gazette médicale de Strasbourg*, 1864.
- *Ovariectomie*, 1865.
- *Mémoires acad. de méd.*, 1869.
- *Gaz. hebdom.*, février 1869, p. 120, 135, 163.
- Kœster.** — *Ueber myom. sitzungsber d. Niederrhein. Gessellschaft f. Natur. und Heilk.*, 1881.
- Kurz.** — *Zur Metamorphose der uterus fibroide.* *Deutsche Zeitsch. f. prakt. Med.*, 1878.
- Lafon.** — Kyste sanguin de l'utérus. *Bull. Soc. de méd. et de chir. de la Rochelle*.
- Lancereaux.** — *Traité d'anat. path.*, 1876.
- *Atlas d'anat. path.*, pl. 39, fig. 2 et 3.
- Laurent.** — Fibromyomes et fibro-sarcomes utérins (*La clinique*, de Bruxelles). *Arch. de tocologie et de gynéc.*, janvier 1895, p. 69.
- Le Bec.** — *Etude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus.* Th. Paris, 1880.
- Lebert.** — De la structure des fibroïdes de l'utérus. *Comptes rendu de la Soc. de Biologie*, 1852.
- *Traité d'anat. path. gén. et spéciale.* Paris, 1859.
- Lée.** — *Remarks upon diagnosis of ovarien from. fibro-cystic tumours.*
- Legueu et Marien.** — *Annales de gynéc. et d'obst.*, 1897, p. 134.
- *Semaine gynécol.*, 1897, p. 185.

- Levret.** — Mémoire sur les polypes de la matrice et du vagin. *Mémoires de l'acad. royale de chirurgie*. Petite édition, tome III, 1749.
- Liebmann.** — Ein Fall von Myocarcinoma des Uterus. *Centr. f. Gyn.*, 1889.
- Lisfranc.** — *Clinique chir. de la Pitié*. Paris, 1841-43.
- Löbl.** — Cystic tumours of uterus. *Lancet*, 1872.
- Ludwig** (Jh.). — Beitrag zur Etiologie der fibrin. ut. polypen. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.* Bd VIII, 1882, p. 68.
- Malgaigne.** — *Des polypes utérins*. Th. d'agrég. Paris, 1832.
- Manu.** — Cas de tumeur cystique de l'utérus. *Am. Journal of obst.*, VI, février 1874.
- Marjolin.** — *Dict. en 30 vol.*, art. Utérus.
- A. Martin.** — Beiträge zur Geb. etc. Berlin, 1874. *Centr. f. Gyn.*, 1893.
- Martin.** — *De l'anatomie pathologique de quelques tumeurs développées dans la muqueuse du col de l'utérus*. Th. Paris, 1859.
- Maslowsky.** — Of the developpement of malign. from non malign. tumours of uterus. *Edimburg med. Journal*, janvier 1882.
- Mattei.** — Enorme fibrome mou du col utérin, ayant offert des particularités remarquables pour le diagnostic et pour l'opération. Guérison. *Ann. de gyn.*, 1876.
- Meredith.** — *Trans of the obst. Soc. of London*, 1887, 2 nov. p. 442.
- Mermet.** — Fibromyomes sous-péritonéaux à formations pseudo-kystiques. — *Bull. Soc. anat.*, octobre 1896.
- Fibrome utérin télangiectasique. Evolution sarcomateuse. — *Bull. Soc. anat.*, décembre 1896.
- Fibromyome utérin sous-péritonéal. Torsion du pédicule. *Bull. Soc. anat.*, juin et décembre 1896.
- Monod.** — *Société de Chir.*, janvier 1894 ou décembre 1893.
- De Montfumat.** — *Etude sur les polypes de l'utérus*. Th. Paris, 1867.
- Müller.** — Beitrag zur Kenntniss der cystoiden Uterushumoren. *Arch. f. Gyn.*, 1887. Bd XXV, Heft 2, p. 249.
- Nicaise.** — Coïncidence rare de deux tumeurs fibreuses du corps de l'utérus et d'un cancer végétant du col. *Gaz. hôpit.*, 1884, n° 128.
- Orth.** — *Lehrb. d. spec. path. Anat.*, Bd 2, S. 494.
- Paget.** — *Lectures of chirurgical. Path.*, 1863.
- Patoureau.** — Fibrome avec points myxomateux. *Bull. Soc. anat. de Nantes*, 1882.
- Paviot et Bérard.** — Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. *Arch. de méd. expér.*, nos 4 et 5, juillet et septembre 1897.
- Péan.** — *Union méd.*, 1869 (cliniques chirurgicales).
- Des grandes tumeurs cystiques et fibro-cystiques non cancéreuses de l'utérus. *Bull. acad. de méd.*, 1880.
- De la prétendue bénignité des fibromes utérins. *Ann. de gyn. et d'obstétrique*, 1893, 460 à 466.

- Péan et Urdy.** — *Hystérectomie*, 1873.
- Peter (May).** — *Über die carcinomatöse Degeneration des uterus fibromyome*. Freiburg. i. B. 1893. Shœk, 34 p.
- Pfannenstiel.** — Das traubige sarc. der cervix uter. *Virchow's Arch.* Bd 127, 1892.
- Pick.** — Zur Histogenese und Classification der Gebärmuttersarcome. *Arch. f. Gyn.*, 1895.
- Pilliet.** — Evolution sarcomateuse d'un fibrome utérin; une hypothèse sur l'origine des fibromes. *Bull. Soc. anat.*, janvier 1894.
- Sur l'évolution sarcomateuse des fibromes utérins. Fibrosarcome de l'utérus, hystérectomie, guérison. *Bull. Soc. anat.*, 21 juillet 1894, p. 551.
- Etude sur le sarcome. Extrait de la *Tribune médic.*, fév. 1895.
- Sur la pathogénie d'une variété de fibromes intra-utérins. *Soc. biol.*, 7 mars 1896.
- Pilliet et Auvray.** — Corps fibreux du col de l'utérus. *Bull. Soc. anat.*, juillet 1894, p. 504.
- Pilliet et Costes.** — Contrib. à l'étude de l'anat. path. des fibromes de l'utérus et de ses annexes. *C. rendu de la Soc. de biologie*, 20 oct. 1894.
- Pilliet et Delaunay.** — Fibrome utérin à pédicule tordu. *Soc. anat.*, 25 juin 1897.
- Fibrome utérin d'apparence sarcomateuse. *Soc. anat.*, 2 juillet 1897.
- Pilliet et Thiéry.** — Kyste hématique à myélopaxes du ligament large. *Bull. Soc. anat.*, octobre 1894, p. 682.
- Planque.** — *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins*. Th. Paris, 1897.
- Poirier.** — *Bull. Soc. anat.*, juillet 1890, p. 374.
- Pollosson.** — Tum. fibro-kystique de l'utérus. *Lyon méd.*, 1893, p. 117.
- Pozzi (Samuel).** — *De la valeur de l'hystérectomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus*. Th. agrég. Paris, 1875.
- *Bull. et mémoires Soc. chir.*, 1887, p. 489.
- Rendu.** — Fibromyome utérin très vascularisé donnant la sensation de fluctuation. *Lyon médical*, 7 juin 1896.
- Ricker.** — Beitrage zur Oëtiologie der Uterusmyomen. *Arch. für path. Anat.*, CXLII, 2, 1897.
- Rigaud.** — Fibrome musculaire dissociant à évolution maligne. *Arch. de méd. expér.*, 1896, n° 58.
- Rœhrig.** — Zur Oëtiologie der fibromyome. *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1877.
- Rœsger.** — Ueber Bau und Entstehung des myoma uteri *Zeitschr. für. Geb. und Gyn.*, XVIII, I.
- Rotureau.** — *Bull. Soc. anat.*, Paris 1842.
- Routh.** — Clinical Lectures. *The Lancet*, 1863.
- Mémoire on some points connected with the pathology of fibro-cystic

- tumours. London, 1864. *Transact. of pathology Society*, t. XIV.— *Obstetric. transact.*, t. VIII, 1866.
- Roux.** — Sur les polypes utérin. *Mé. de chirurgie*, p. 101, Paris, 1809.
- Rumler.** — *Ueber Myxom und Schleimgewebe*, Inaug. Dissert. Bonn, 1881.
- Schröder Oscar.** — *Ueber Cystofibroïde des Uterus*. Strasbourg, 1873.
- Schultes.** — *Deux myomes dégénérés en sarcome*. Inaug. Dissert. Berlin, 1887.
- Ségar.** — *Dissert. sur les polypes utérins*. Th. Paris, 1804.
- Sévastopoulo.** — *Des hystéromes ou tumeurs dites fibreuses de l'utérus*. Th. Paris, 1875.
- Simpson.** — Fibro-sarcome de l'utérus. *Edimburg med. Journal*, janvier 1876.
- Siredey et Danlos.** — *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXVII. Art. Utérus, p. 695-721. Paris, 1888.
- Smet (de).** — Hématome interstitiel de l'utérus. *Presse méd. belge*, n° 41, 1882.
- Spencer-Wells.** — *Pathol. transact.*, t. XIV, 1863.
- *Pathol. transact.*, XVII, 1866.
- *Dublin quaterly journal of medical science*, 1864.
- *British. med. Journal*, 1878.
- *Disease of the ovaries*.
- Spiegelberg.** — Die Diagnose der cystischen myome des ut. und ihre intraperiton. Ausschälung, eine neue Operationsmethode derselben. *Arch. für Gyn.*, 1874.
- Strauss.** — *Ueber Uterusmyome ins besondere ihre Histogenese*. Berl., 1893, O. Franke, 30 p.
- Ten Bokkel Hinnink.** — Het gelyktidig Voorkomen van fibromyomen en carcinoom van het corpus uteri. *Nederl. Tijdschr. v. Verloosk en gynæc.* Haarlen, 219-228, 1893.
- Terrillon.** — *Bull. et mém. Société de chirurgie*, 1890, t. XVI. Réflexions à propos de 235 fibromes utérins. *Bull. génér. de thérapeutique*, Paris, 1894 (481-487).
- Tillaux.** — Des corps fibreux de l'utérus. *Gaz. hôp.*, n° 1, 1875.
- Utérus kystique. *Ann. Gynécologie*, 1889, t. XXXII.
- Tornley.** — Remarks on a case of fibromyxoma. *The medical Presse and cir.*, février 1881.
- Trélat.** — Myomes utérins. *Gaz. des hôp.*, 1880.
- Tucker.** — Fibroid. cyst. on posterior surface of uterus operation. *N.-York f. Gynæc. et Obst.*, 1893.
- Ulvianianu.** — *Des myomes utérins au début*. Th. Paris, 1874.
- Velpeau.** — *Méd. opér.*, t. III, 1832 et t. IV, 1839. *Dict. en 30 vol.*, Paris, 1842, t. XXVI.
- Virchow.** — *Pathologie des tumeurs*, trad. Aronsohn, t. III, p. 339 à 422, 1871.

- Von Kahlden.** — Das sarcom. d. uterus. *Ziegler's Beiträge zur Path. anat.*, 1893.
- Von Krauss.** — Osteoïd der Gebärmutter. *Wurtemb. Corresp.*, 1830, p. 1.
- Wagner.** — *On the fibro-cystic disease.*
- Wahrendorff.** — *Fibromyome und carcinome des uterus.* Inaug.dissert. Berlin, 1887.
- Weld.** — *Grundzüge der path. Histologie*, p. 609, fig. 138, a, b.
- Weiss.** — Du sphacèle des fibromyomes utérins. *Gaz. hôp.*, 1884.
- Williams.** — Beiträge zur Histologie und Histogenese d. uterus sarcoms: *Zeitschrift f. Heilk.*, Bd 15, 1894.
- Worms.** — Du myome utérin hydropique. *France médicale*, 1875.
- Ziegler.** — *Lehrb. d. allgem. pathol. Anat.*, S: 213.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
HISTORIQUE.	8
 PREMIÈRE PARTIE. — Anatomie pathologique	 17
Technique.	17
CHAPITRE I. — <i>Fibromyome normal</i>	20
CHAPITRE II. — <i>Dégénérescences des fibromyomes</i>	31
Dégénérescence cartilagineuse	31
— osseuse	31
— graisseuse	32
— carcinomateuse.	32
— fibreuse	34
— calcaire	47
— œdémateuse	51
— sarcomateuse.	122
CHAPITRE III. — <i>Rôle des vaisseaux dans l'évolution des fibromyomes de l'utérus et de leurs dégénérescences</i> . .	134
 DEUXIÈME PARTIE. — Clinique	 143
I. — Dégénérescences fibreuse et calcaire	143
II. — Dégénérescence œdémateuse.	144
III. — Dégénérescence sarcomateuse.	163
TRAITEMENT.	170
CONCLUSIONS	173
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	177

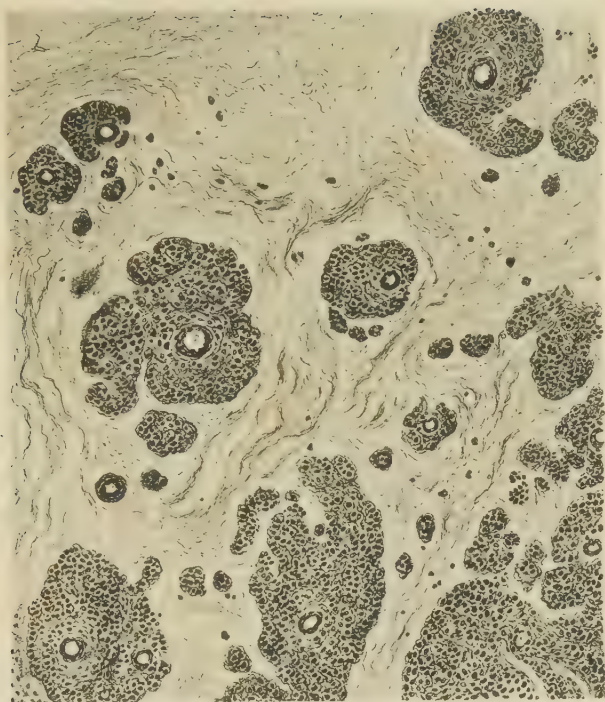


Figure I. — Dégénérescence œdémateuse débutant dans l'intervalle des nodules myomateux ; ceux-ci montrent très nettement l'orientation des faisceaux musculaires autour d'un vaisseau central.

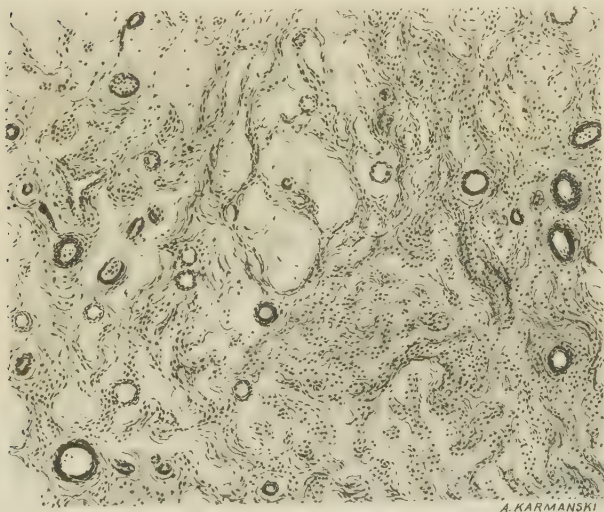


Figure II. — Dégénérescence œdémateuse au début (dans un fibromyome où elle était généralisée) ; on voit la dissociation du tissu musculaire et conjonctif, et les vaisseaux très nombreux qui coexistent avec elle.



Figure III. — Dégénérescence œdémateuse au début (dans un fibromyome où elle était localisée à un point isolé à son intérieur). On remarque la même apparence de la dissociation, et la présence des vaisseaux, comme dans la précédente.



A. KARMANSKI.

Figure IV. — Dégénérescence œdémateuse plus avancée ; les fibrilles du tissu conjonctif séparées par l'infiltration sont très nettes ; en bas, on aperçoit une alvéole allongée remplie d'une substance fibrillaire et grenue.



Phototypie Berthaud, Paris.

Figure V. — Dégénérescence sarcomateuse. Cette figure montre bien l'orientation des cellules néoplasiques autour des vaisseaux ; quelques uns de ceux-ci ont leur lumière comblée par les mêmes cellules qui ont proliféré non plus au dehors, mais dans leur cavité même.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier
